CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE

KAZUISTYKA

SOMMAIRE:

ARTICLES ORIGINAUX

RECEUIL DE FAITS.

ROK III. **Nr. 1**

STYCZEŃ 1938 R.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, STYCZEŃ 1938 R. Nr. 1

Z Zakładu Anatomii Prawidłowej U. J. P.
Dyrektor Prof. Dr *E. Loth.*

Zagadnienie dalszej radykalizacji zabiegów operacyjnych w raku sutka w świetle rozważań anatomicznych

podał

Henryk Śledziewski.

Zdawałoby się, że po wprowadzeniu promieni Roetgena i radu do lecznictwa nowotworów, dalsza radykalizacja zabiegów operacyjnych ustanie. Tymczasem przeżywamy okres narastającej fali radykalizacji — i bez tego już radykalnych — zabiegów operacyjnych, które zaproponowali w ostatnich latach chirurdzy francuscy w obrębie szyi w przypadkach raka sutka i raka języka. Wystarczy przejrzeć zeszyty *Journal de Chirurgie* od roku 1933, by się o tym dowodnie przekonać.

Co jest przyczyną tej dalszej radykalizacji? Niewątpliwie niezadowolenie z dotychczasowych wyników oraz chęć uzyskania lepszych, przez zastosowanie w praktyce przesłanek teoretycznych. Chęć uniknięcia nawrotu prowadzi do postulatu możliwie całkowitego usunięcia układu chłonnego danej okolicy ciała.

Duval i Rouvière (Journ. de Chir. 1933) proponują usunięcie jednej trzeciej środkowej obojczyka w celu rozszerzenia i ułatwienia dostępu do gruczołów szyjno-pachowych, głębiej położonych. *Duval i Redon* (1933), *Fiolle* (1935) snują dalej swe radykalne propozycje w tymże czasopiśmie. O wartości klinicznej tego rodzaju postępowania chirurgicznego trudno się wypowiedzieć w obecnej chwili z powodu braku odpowiedniego materiału statystycznego, natomiast można, a nawet należy zastanowić się nad słusznością teoretycznego założenia, a właściwie nad możliwością wykonania tego założenia. Sprawa sprowadza się więc do tego, czy możliwe jest usunięcie układu chłonnego na jednej połowie szyi w całości, bez reszty?

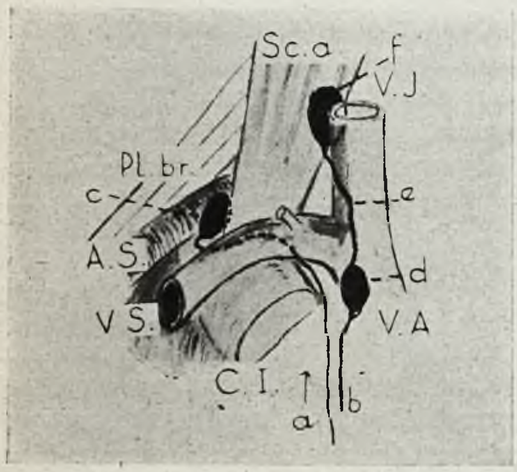
Podstawa teoretyczna, anatomiczna, wspomnianej dalszej radykalizacji operacyjnej została opracowana przez znanego anatoma *Rouvière'a* i według wspólnej propozycji *Duvala* i *Rouvière'a* zabieg usunięcia układu chłonnego na odpowiedniej stronie szyi przedstawia się w sposób następujący: po przeprowadzeniu odpowiedniego cięcia skórnego i po wycięciu jednej trzeciej środkowej obojczyka, wycina się en bloc mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy i gnykowo-łopatkowy, żyłę szyjną wewnętrzną i zewnętrzną oraz cały blok łącznotkankowo-tłuszczowy i gruczołowy wraz z małymi naczyniami, tak iż pozostaje tylko splot barkowy, naczynia podobojczykowe i mięśnie pochyłe szyi. Wydawałoby się, że to istotnie doszczętny zabieg.

Należy jednak zaznaczyć, że dotychczasowe wiadomości z zakresu układu chłonnego szyi, pomimo najnowszych prac z tej dziedziny (*Rodrigues i Pereira,* 1930, *Rouvière,* 1927, 1932) nie są kompletne, albowiem opierając się na własnych badaniach

(*Śledziewski,* 1932, 1937), stwierdziłem nowe dane anatomiczne w układzie chłonnym podstawy szyi, dotychczas nieznane, a mianowicie:

1. Na górnej powierzchni pierwszego żebra znajdują się gruczoły chłonne, występujące wprawdzie nie stale, lecz dość często, które leżą: albo pod żyłą podobojczykową, albo między żyłą a tętnicą podobojczykową, tuż przy przyczepie żebrowym mięśnia pochyłego szyi przedniego, albo w szczelinie międzymięśniowej (utworzonej przez dwa mięśnie pochyłe szyi: przedni i środkowy), przed tętnicą podobojczykową; wydaje mi się, że nie byłoby zbyt trudne dla operatora usunięcie wspomnianych gruczołów chłonnych w razie ich obecności; (por. rys. 1 i 2; na rys. 1 literą *c* oznaczono gruczoł częściowo wsunięty między tętnicę podobojczykową prawą i mięsień pochyły przedni szyi oraz na rys. 2 oznaczono literą *c* gruczoł leżący na górnej powierzchni I żebra, tuż przed tętnicą podobojczykową lewą); powyższe gruczoły chłonne nazywam gruczołami nażebrowymi = *lymphoglandulae supracostales.*

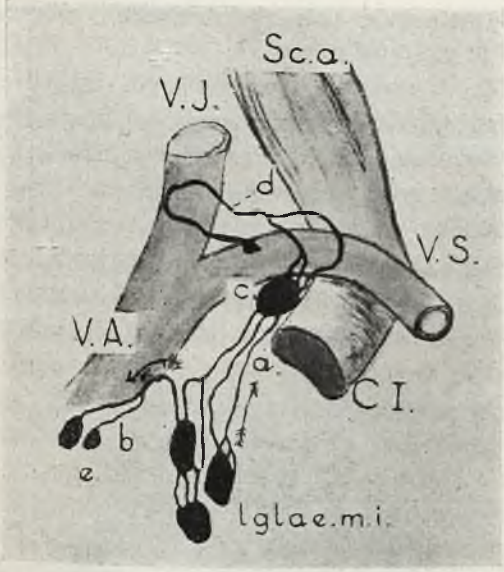
2. Na osklepku opłucnej występują gruczoły chłonne niestałe, lecz równie częste jak poprzednio wymienione, które nazywam gruczołami osklepkowymi = *lymphoglandulae cupulae pleurae;* wśród nich odróżniam przednie, środkowe i tylne; granice osklepka, na którym leżą gruczoły osklepkowe, są następujące: od boku i przodu ogranicza brzeg wewnętrzny I żebra, od tyłu — tętnica podobojczykowa, od strony przyśrodkowej — tętnica sutkowa wewnętrzna; przed żyłą podobojczykową leży gruczoł osklepkowy przedni, pod żyłą podobojczykową — środkowy, za żyłą a przed tętnicą podobojczykową i pod mięśniem pochyłym przednim — gruczoł osklepkowy tylny; dostęp do wymienionych gruczołów w warunkach operacyjnych jest bardzo utrudniony; gruczoły osklepkowe zostały oznaczone na rysunkach 2, 3, 4, 5, 8; na rys. 3 literą *c* oznaczono gruczoł osklepkowy przedni, na rys. 2 literą *b* i na



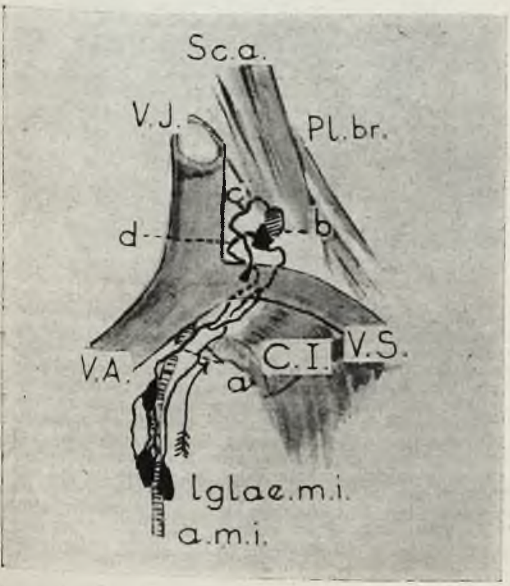
Rys. 1. Okolica kąta żylnego prawego. Preparat otrzymano przez iniekcję naczyń chłonnych wątroby. **a, b** — naczynia chł. sutkowe wewnętrzne prawe; **c** — gruczoł chł. nażebrowy tylny do którego uchodzi naczynie **a**; **Sc. a**— przedni mięsień pochyły szyi; **Pl. br.** — splot barkowy; **A. S.** — tętnica podobojczykowa; **V. J.** — żyła szyjna wewnętrzna; **V. A.** — żyła bezimienna; **C. I.** — I żebro.



Rys. 2. Okolica kąta żylnego lewego. Preparat otrzymano przez iniekcję gruczołów sutkowych wewnętrznych lewych. **lglae. m. i.** — gruczoły sutkowe wewnętrzne lewe 1-ej przestrzeni międzyżebrowej; **a** — ich naczynia odprowadzające uchodzące do gruczołu osklepkowego środkowego **b**, którego naczynie odprowadzające uchodzi do gruczołu nażebrowego tylnego **c.** Inne oznaczenia, jak na rys. 1.



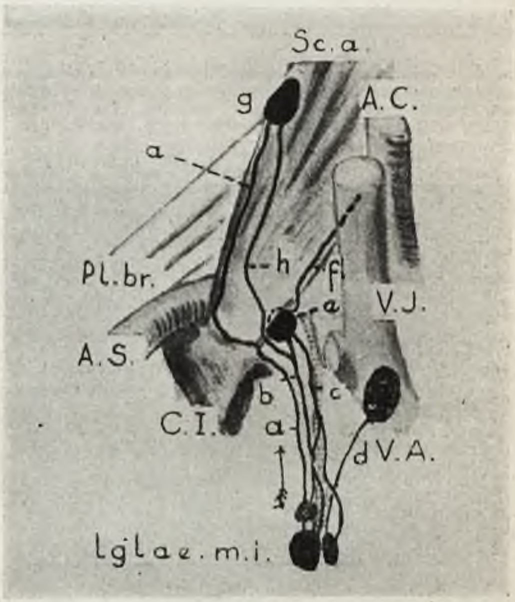
Rys. 3. Okolica i sposób otrzymania preparatu jak wyżej. Zwraca uwagę gruczoł osklepkowy przedni **c**, do którego uchodzą naczynia **a**, wychodzące z gruczołów sutkowych wewnętrznych 1-go międzyżebrza; naczynie **b** wychodzi z gruczołów przymostkowych 1-go międzyżebrza **(lglae m. i.)**, kieruje się do tyłu, zataczając łuk ku górze, by ujść do gruczołów śródpiersia przedniego **(e)**. Pozostałe oznaczenia j. w.



Rys. 4. Okolica j. w. Preparat otrzymano przez iniekcję naczyń chłonnych wątroby przebijających przeponę. Zwraca uwagę gruczoł osklepkowy tylny **b**, leżący na osklepku opłucnej pod mięśniem pochyłym szyi przednim; do tego gruczołu uchodzą naczynia **a**, wychodzące z gruczołów przymostkowych (sutkowych wewn.) 1-go międzyżebrza; **c.** — naczynie odprowadzające gruczołu osklepkowego, uchodzące do żyły podobojczykowej.

rys. 8 literą *c* oznaczono gruczoł osklepkowy środkowy, na rys. 4 literą *b* i na rys. 5 literą *e* oznaczono gruczoł osklepkowy tylny.

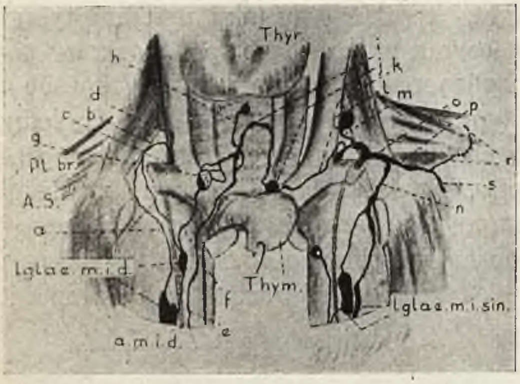
3. Przez splot barkowy przechodzą naczynia chłonne w kierunku od przodu do tyłu, czyli w kierunku przednio-tylnym; naczynia przebijające splot barkowy przechodzą między jego pęczkami w sposób następujący: między pęczkiem przedniobocznym z jednej strony, a pęczkiem przednio-przyśrodkowym i tylnym z drugiej strony; ze względu na warunki topograficzne przebiegu, naczynia przebijające splot barkowy są niedostępne dla operatora;



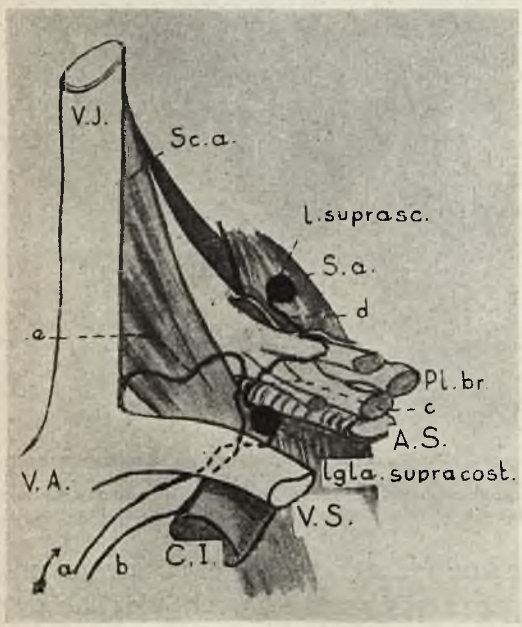
Rys. 5. Okolica kąta żylnego prawego. Zwraca uwagę gruczoł osklepkowy tylny **e**, leżący na osklepku opłucnej pod przednim mięśniem pochyłym szyi. Do gruczołu osklepkowego **e** uchodzi część naczyń **(b, c)** przymostkowych (sutkowych wewn.).

na rysunkach 6, 7, 8, oznaczono przebieg naczyń przebijających splot barkowy; na rys. 6 literą *r*, na rys. 7 literami *c, d*, i na rys. 8 literą *f* oznaczono przebieg omówionych naczyń chłonnych; dla informacji należy dodać, że preparaty uwidocznione na powyższych trzech rysunkach zostały otrzymane przez iniekcję naczyń chłonnych wątroby, przebijających przeponę, i że widziano naczynia przebijające splot barkowy w trzech przypadkach na

ogólną ilość 24 zbadanych przypadków; oczywiście, jest to liczba mała, lecz trzeba pamiętać o tym, że są duże trudności tech-



Rys. 6. Okolica dolnej części szyi od przodu. Części przymostkowe pierwszych żeber usunięto; preparat otrzymano przez iniekcję naczyń chłonnych wątroby, przebijających przeponę. Część naczyń przymostkowych prawych **(e, f)** tworzy na szyi poprzeczny łuk z odnogą **h.**



Rys. 7. Okolica kąta żylnego lewego. Preparat otrzymano przez iniekcję naczyń chłonnych wątroby przebijających przeponę. Jedno z naczyń sutkowych wewn. **(a)** nie uchodzi do kąta żylnego, jak podają dotychczasowe źródła piśmiennicze, lecz do gruczołu nażebrowego tylnego **(lgla supracost.)**, którego naczynie odprowadzające przebija splot barkowy, idąc w kierunku od przodu do tyłu **(c, d)**, by ujść do gruczołu nadłopatkowego **(l. suprascap.)**.

niczne w otrzymaniu podobnych preparatów i że przy szczególnym zwróceniu uwagi na naczynia przebijające splot barkowy niewątpliwie uda się otrzymać większą ilość przypadków.

4. W rzadkich przypadkach udaje się stwierdzić obecność naczynia, biegnącego poprzecznie przed tchawicą w dolnym odcinku szyi z jej jednej strony na drugą; podobny przebieg został uwidoczniony na rys. **6**, na którym naczynie, o jakim mowa, biegnie łukowato z prawej strony na lewą i jest oznaczone literą *i;* podobny



Rys. 8. Okolica kąta żylnego prawego. Preparat otrzymano przez iniekcję naczyń chłonnych wątroby przebijających przeponę. **a, b** — naczynia sutkowe wewn.; **a** — dwa naczynia chłonne tworzą wspólny pień **d**, który uchodzi do trzech gruczołów nażebrowych tylnych **e**, z których wychodzą dwa naczynia odprowadzające: jedno z nich **r** biegnie w kierunku dołu pachowego do gruczołów podobojczykowych, oznaczonych na rysunku literą **s;** drugie naczynie **f** przebija splot barkowy w kierunku przednio-tylnym; po wyjściu ze splotu naczynie daje dwa odgałęzienia **i, g;** naczynie **g** biegnie dalej do tyłu i uchodzi do gruczołów nadłopatkowych **(h)**; naczynie **i** zagina się do przodu, by po przejściu przez dwa gruczoły nadobojczykowe **l**, ujść do kąta żylnego.

przypadek opublikował *Shdanoff* (1936).

Z powyżej przytoczonych faktów widzimy, że rada *Duvala i Rouvière'a,* zalecająca w amputacji sutka definitywne wycięcie jednej trzeciej środkowej obojczyka w celu rozszerzenia i ułatwienia dostępu do gruczołów pachowych i szyjnych, nie

prowadzi do zamierzonego celu, gdyż, pomijając inne zastrzeżenia o których mowa poniżej, pozostają nietknięte: 1) naczynia przebijające splot barkowy, 2) gruczoły osklepkowe, 3) gruczoły nażebrowe i 4) naczynia, biegnące poprzecznie przed tchawicą z jednej strony szyi na drugą.

Radykalizacja chirurgiczna operacji raka sutka poszła łatwiejszą drogą, a mianowicie drogą części zewnętrznych w górę i w dół od sutka, jako od punktu centralnego. Radykalizację w dół zaproponował *Handley* (1905), który na podstawie własnych badań doszedł do wniosku, że należy usuwać przednią pochewkę mięśnia prostego brzucha w jego górnym odcinku. W górę, aż do wyrostka sutkowego kości skroniowej, zaproponowali cytowani wyżej autorzy francuscy. Jak wiadomo z dotychczasowego piśmiennictwa część naczyń chłonnych, wychodzących z kwadrantów przyśrodkowych, przebija mięśnie międzyżebrowe pierwszych czterech międzyżebrzy, by ujść do gruczołów sutkowych wewnętrznych (= *lymphoglandulae mammariae internae)*. Przerzuty raka z kwadrantów przyśrodkowych do gruczołów sutkowych wewnętrznych i do śródpiersiowych idą właśnie wymienioną drogą. Cóż uczyniono w tym kierunku?

Duval i Rouvière (1933) proponując radykalizację w odcinku szyjnym zapowiedzieli ukazanie się w najbliższym zeszycie pracy w sprawie radykalizacji w kierunku gruczołów sutkowych wewnętrznych. Nietylko w następnych zeszytach, ale nawet w następnych rocznikach *Journal de Chirurgie* zapowiedziana praca nie ukazała się.

Jako niechirurg nie chcę wchodzić w sprawę trudności technicznych operacyjnego usunięcia gruczołów sutkowych wewnętrznych, lecz jako anatom mogę zastanowić się nad słusznością teoretyczną podobnego zabiegu.

Do niedawna uważano obydwa układy chłonne przymostkowe *(lymphoglandulae mammariae internae dextrae et sinistrae)* za niezależne od siebie. W r. 1931 opublikowałem *połączenie zamostkowe* w postaci gruczołów i naczyń chłonnych, występujące na poziomie pierwszej przestrzeni międzyżebrowej, pomiędzy gruczołami przymostkowymi lewymi i prawymi. Gruczoły i naczynia, wchodzące w skład wymienionego połączenia chłonnego, leżą na wewnętrznej powierzchni mostka (por. rys. 9). *Połączenie zamostkowe* stwierdziłem w 30 przypadkach na 111. Poza tym już *Küttner* (1903) zwrócił szczególną uwagę na to, że niektóre naczynia chłonne odchodzą od gruczołów sutkowych wew-



Rys. 9. Mostek i części przymostkowe żeber widziane od strony wewnętrznej. Po obu stronach mostka biegną tętnice sutkowe wewnętrzne, wzdłuż których ułożone są gruczoły przymostkowe (sutkowe wewnętrzne). Zwraca uwagę połączenie chłonne zamostkowe na poziomie 1-ej przestrzeni międzyżebrowej. **a** — dwa gruczoły naprzeponowe przedosierdziowe, do których uchodzi gruby pień przebijający przeponę, nastrzykany z wątroby; wspomniane gruczoły przedosierdziowe dają dwa naczynia wstępujące i uchodzące do układu przymostkowego lewego; **b.** — gruczoły 1-go międzyżebrza dają naczynia, biegnące po wewnętrznej powierzchni mostka i uchodzące do gruczołów 1-go międzyżebrza strony przeciwnej; **c** — naczynia zamostkowe, tworzące połączenie obydwu układów chł. przymostkowych; kierunek przebiegu oznaczono strzałką; **d** — gruczoły 1-go prawego międzyżebrza, **e** — przedni listek ścięgnisty przepony.

nętrznych I przestrzeni międzyżebrowej do tyłu i ku dołowi, do śródpiersia przedniego, do gruczołów śródpiersiowych przednich, wzdłuż żyły sutkowej wewnętrznej. Jest to połączenie prawie stałe. A zatem i radykalizacja w kierunku gruczołów sutkowych wewnętrznych przedstawia się właściwie beznadziejnie.

Często się słyszy i czyta o 1-ym etapie gruczołów, o 2-im, 3-im etapie gruczołów chłonnych w odniesieniu do pewnej okolicy ciała. Nie jest to twierdzenie bezwzględnie pewne, gdyż można w pewnych przypadkach wykazać pomijanie etapów gruczołowych przez naczynia, wychodzące z danej okolicy ciała. Trudno powiedzieć czy są to tylko rzadkie przypadki, które należy traktować jako odmiany, czy też jako przypadki częściej występujące, a trudne do wykrycia z powodu trudności technicznych. W ostatnio wydanej pracy (1937) podałem szczególny przypadek ominięcia przez naczynia całego szeregu gruczołów.

Reasumując powyższe dane, należy dojść do wniosku, że wszelkie próby dalszej radykalizacji zabiegów chirurgicznych w przypadkach raka sutka, czy to w kierunku gruczołów i naczyń chłonnych szyi, czy w kierunku układu chłonnego przymostkowego, należy uznać za pozbawione podstawy teoretycznej z punktu widzenia anatomii układu chłonnego człowieka.

PIŚMIENNICTWO

Duval P. i Rouvière H.: Technique de l'extirpation des ganglions sus-claviculaires, Journ. de Chir., t. 41, s. 849 — 860, 1933, *Duval P. i Redon H.:* Un point de technique dans l'amputation du sein cancéreux, Journ. de Chir., t. 42, s. 497 — 500, 1933, *Fiolle M.:* Une technique d'ablation en bloc du sein cancéreux et des ganglions susclaviculaires, Journ. de Chir., t. 45, s. 49 — 53, 1935, *Handley W. S.:* Cancer of the Breast, Londyn, 1906, *Idem:* On the mode of spread of Cancer of Breast in relation to its operative treatment, Glasgow Med. Journ., XII/1905, *Küttner H.:* Die perforierenden Lymphgefässe des Zwerchfells und ihre pathologische Bedeutung, Beitr. z. klin. Chir. v. Bruns, t. 40, s. 137 — 212, 1903, *Noetzel W.*: Ueber die Bakterienresorption auf dem Lymph-und Blutwege, Beitr. z. klin. Chir., t. 64, s. 134 — 158, 1906, *Rodrigues A. i Pereira S.:* Sur les gros troncs lymphatiques de la base du cou. Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm., t. 7, s. 1019 — 1027, 1930, *Rouvière H.:* Systématisation et topographie des ganglions et des vaisseaux sous-sterno-mastoidiens et sus-claviculaires, Ann. d'Anat. Pathol. et d'Anat. Norm., t. 4, s. 412 — 421, 1927, *Idem:* Anatomie des lymphatiques de l'homme, Paryż, 1932, *Shdanoff:* Die Kollaterallymphwege der Brusthöhle des Menschen, Anat. Anz., t. 82 s. 417 — 440, 1936, *Śledziewski H.:* Naczynia chłonne wątroby przebijające przeponę..., Sprawozd. Tow. Nauk Warsz. XXIV, Wydz. IV, s. 133 — 144, 1931, *Idem:* Trajet des vaisseaux efférents des ganglions lymphatiques diaphragmatiques dans le mediastin, C. R. de l'Ass. d'Anat., XXVI Réun., s. 467 — 477, 1931, *Idem:* Le problème de la communication lymphatique du foi avec les ganglions de la base du cou..., Bull. de l'Acad. Polon. d. Sc. et d. Lett., Classe d. Méd., s. 125 — 128, 1932, *Idem:* Les metastases du cancer de l'estomac et les metastases „croisées" du cancer du sein aux ganglions lymphatiques de la base du cou au point de vue de l'anatomie normale, Arch. d'Anat. d'Hist. et d'Embr.,t. XXIV, s. 199 — 276, 1937.

R É S U M É:

Quelques remarques sur la radicalisation du traitement opératoire du sein cancéreux au point de vue de l'anatomie normale

par

H. Śledziewski.

En vertu de ses propres recherches, l'auteur apprécie d'une façon critique la valeur de la radicalisation plus avancée dans le traitement opératoire du sein cancéreux et croit, que les propositions de ce genre n'ont pas de raison théorétique, anatomique, puisqu'elles sont appuyées sur des données anatomiques incomplètes.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prez. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator Dr *Jerzy Jasieński.*

W sprawie leczenia surowicą przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego

podali

Dr Jerzy Jasieński i Dr Szymon Kranz.

Dziwne są niejednokrotnie koleje postępu medycyny praktycznej. Każdy niemal nowy pomysł z najsurowszą zwykle spotyka się krytyką, choć nie zawsze na to zasługuje. Jednym wystarcza, że nie przemawia im do przekonania, aby odrzucić go a limine. Innym zawody uzyskane w znikomej ilości przypadków nielicznych badań kontrolnych wydają się bardziej wiarygodne, niż mnożące się z dnia na dzień, wielokrotnie przewyższające je liczebnie, doniesienia o wynikach pomyślnych.

Tak się niestety bez przesady przedstawia sprawa stosowania surowic swoistych w przypadkach zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. Trudno zrozumieć dlaczego, jeśli chodzi o chorobę tak ciężką, częstokroć śmiertelną, nie usiłował każdy na podstawie osobistego doświadczenia wyrobić sobie własnego sądu o wartości tej nie nowej już dziś metody, zwłaszcza jeśli sam nie szukał nowych dróg. Tymczasem nawet u autorów podręczników i referentów zjazdowych sprawa ta nie wzbudziła należytego zainteresowania. Nie wspominają oni albo w ogóle o leczeniu surowicą powyrostkowego zapalenia otrzewnej, bądź, opierając się wyłącznie na złych doświadczeniach cudzych, mówią, że tego rodzaju próby opanowania choroby okazały się zupełnie chybione. Cóż więc dziwnego, że ogół sprawę leczenia surowicą uważa za przesądzoną.

Na sąd tak nieprzychylny złożyło się wiele czynników. Przede wszystkim różnorodna etiologia schorzenia, różnorodność flory bakteryjnej znajdowanej zarówno w chorym wyrostku, jak i w znajdującym się w brzuchu wysięku ropnym. Dalej — pozostające z tym w ścisłym związku przyczynowym stosowanie przez poszczególnych autorów rozmaitych surowic i różnorodny sposób ich stosowania, dziś zwłaszcza, kiedy szereg poważnych serologów zdecydowanie kwestionuje swoistość działania surowic. Ważny powód do krytycyzmu daje też znaczna, uzyskana przez chirurgów w ostatnich czasach zwłaszcza, poprawa wyników leczniczych w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, wybitne zmniejszenie się śmiertelności operacyjnej, nie tylko dzięki zabiegom wczesnym, lecz i szczelnemu zaszywaniu brzucha, tak, iż nie bez słuszności powiedzieć dziś można, że samo usunięcie chorego wyrostka w olbrzymiej ilości przypadków wystarcza do opanowania toczącej się w otrzewnej sprawy ropnej.

Sprawa leczenia surowicą powyrostkowego zapalenia otrzewnej ze zrozumiałych względów na wielkie napotkać musiała trudności w związku z niejednolitą patogenezą schorzenia. Trudności te pierwszy usiłował rozwiązać *Weinberg,* podając chorym dotkniętym ropnym zapaleniem otrzewnej swą surowicę przeciwzgorzelinową, o skuteczności której wielokrotnie uprzednio miał się sposobność przekonać w przypadkach ropowicy gazowej. Wieloważna ta surowica zawierała niweczniki skierowane przeciw najważniejszym z pośród chorobotwórczych beztlenowców, które spotykał *Weinberg* we florze wyrostkowej, a mianowicie przeciw b. perfringens,

vibrio septicus, b. histoliticus, b. oedematicus i b. sporogenes. Ostatnio *Weinberg* wprowadził surowicę mieszaną, stosowaną przez autorów francuskich, w skład której wchodzi: dawna surowica przeciwzgorzelinowa, surowica przeciwokrężnicowa i surowica dodatkowa przeciw enterokokom i paciorkowcom. W Niemczech posługiwano się początkowo surowicą przeciwokrężnicową *Katzensteina,* po tym „Peritonitisserum" — mieszaniną surowicy przeciw prątkowi Welch-Fränkla z surowicą przeciwokrężnicową, przygotowaną na surowicy bydlęcej dla uniknięcia wstrząsu anafilaktycznego; wreszcie surowicą wieloważną, zawierającą niweczniki przeciw prątkom okrężnicy, enterokokom, paciorkowcom anhemolitycznym i b. perfringens. Polscy autorzy stosowali dotychczas przeważnie surowicę przeciwzgorzelinową P. Z. H., zobojętniającą jady czterech gatunków mikrobów: b. perfringens, vibrio septicus, b. oedematicus i b. histoliticus, a więc zbliżoną swym składem do pierwszej surowicy *Weinberga.* Surowicą tą posługiwaliśmy się w części leczonych przypadków — w innych stosowaliśmy „Peritosan" Klawego, w skład którego, podobnie jak i surowicy niemieckiej, wchodzi surowica przeciw prątkom okrężnicy (50%), surowica przeciw b. perfringens (20%), przeciw enterokokom (20%) i przeciw paciorkowcom (10%).

Próby leczenia surowicą przeciwzgorzelinową rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego rozpoczął w r. 1919 *Weinberg,* stosując ją u dwóch chorych operowanych przez *Delbeta,* przy czym obydwaj ci chorzy powrócili do zdrowia w krótkim czasie. Zachęcony tak pomyślnymi wynikami leczenia stosował *Delbet* surowicę przeciwzgorzelinową w roku następnym u 11 chorych dotkniętych ciężkim powyrostkowym zapaleniem otrzewnej, uzyskując całkowite wyleczenie w 10 przypadkach, z których 8 uważał za stracone.

W roku 1921 ogłosił *Cotte* przypadek zgorzelinowego zapalenia wyrostka robaczkowego z ropniem podwątrobowym, operowany w 5-ym dniu choroby, przy czym zabieg ograniczył się do otwarcia ropnia, ponieważ nie udało się usunąć wyrostka. Ze względu na bardzo zły ogólny stan chorego podawano mu surowicę przeciwzgorzelinową *Weinberga,* dzięki czemu uzyskano zupełne oczyszczenie się rany przed upływem dni 10 i rychłe wyleczenie. W dyskusji nad tym przypadkiem drugi chirurg lyoński *Berard* podniósł, że od dłuższego czasu stosuje surowicę *Weinberga* w powikłanych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego i ma dobre wyniki.

Dalsze doniesienie chirurgów z Nancy brzmią, zgodnie z pierwszymi, nader pomyślnie. W roku 1923 *Rakowatz,* omawiając wyniki uzyskane przy pomocy surowicy przeciwzgorzelinowej w klinice *Michela,* podnosił, że nie zginął żaden z pośród 20 chorych dotkniętych rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, mimo iż w 11 z pośród tych przypadków zabieg wykonano w 3-im, 4-ym, 5-ym, a nawet 8-ym dniu choroby.

W roku następnym *Michel i Mathieu* ogłosili spostrzeżenia dotyczące dalszych 15 leczonych surowicą ciężkich przypadków powyrostkowego zapalenia otrzewnej, z pośród których stracili tylko 3 chorych.

W roku 1924 *Weinberg* poczynił dalsze spostrzeżenia nad wartością leczniczą swej surowicy na materiale operacyjnym *Jaquemina,* obejmującym 44 ciężkie przypadki zgorzelinowego zapalenia wyrostka robaczkowego i 52 przypadki ostrego zapalenia wyrostka w których, mimo ciężkich objawów klinicznych, nie stwierdzono w wyrostku zmian zgorzelinowych. Z pośród wszystkich tych 96 stracił *Jaquemin* dwu

tylko chorych, to też uzyskane wyniki uważa za bardzo korzystne.

Z tego też okresu pochodzą spostrzeżenia poczynione przez *Clavelina i Foisy*. Autorzy ci posługiwali się surowicą wieloważną *Vincenta i Stodela,* skierowaną przeciw 21 rodzajom tlenowców i beztlenowców. W odróżnieniu ponadto od wszystkich poprzednich autorów, *Clavelin* stosował tę surowicę tylko miejscowo, wprowadzając ją wprost do otrzewnej, po czym szczelnie zaszywał powłoki brzuszne i uzyskał 100% wyleczeń w 19 leczonych w ten sposób przypadkach, z których w 14 chodziło o zapalenie otrzewnej w następstwie przedziurawienia wyrostka robaczkowego, w 5 zaś o ropień okołowyrostkowy. *Foisy* wprowadzał surowicę domięśniowo, przy czym stracił jednego tylko z pośród 7 chorych z powyrostkowym zapaleniem otrzewnej.

Wiliams leczył mniej więcej w tym samym czasie przy pomocy surowicy przeciwzgorzelinowej 18 przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, przy czym stracił jednego tylko chorego. Z autorów angielskich poza *Wiliamsem* stosowali surowicę *Morton i Stabin* (1928), *Jennings* (1931) i *Robb* (1932), uzyskując również dobre wyniki. Wspomina o nich *Prochnow,* nie podając jednak żadnych bliższych danych.

Spostrzeżenia *Katzensteina,* poczynione w roku 1927 nad działaniem surowicy przeciwokrężnicowej w przypadkach zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, zachęciły autorów niemieckich do podjęcia prób na szerszą skalę. Już pierwsze doniesienie *Kunza* świadczy o bardzo korzystnym działaniu surowicy. Autor posługiwał się wyłącznie surowicą przeciwokrężnicową w 57 przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego i uzyskał 13% śmiertelności, podczas gdy w 62 podobnych leczonych uprzednio przypadkach, w których surowicy nie stosował, śmiertelność wynosiła 25%. W późniejszym doniesieniu, podanym w 1934 roku i obejmującym już 324 przypadki zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, leczone przy pomocy surowicy wieloważnej, w skład której wchodziły przeciwciała skierowane przeciw prątkom okrężnicy, enterokokom i beztlenowcom, uzyskana śmiertelność pooperacyjna obniżyła się jeszcze znaczniej, bo do 8,6%.

Henschen (1931) stosował surowicę przeciwzgorzelinową u 21 chorych z rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, uzyskując 100% wyleczeń.

Dick (1931) stosował „Peritonitisserum" w 51 przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, uzyskując wprawdzie aż 25,54% śmiertelności pooperacyjnej, jednakże śmiertelność uzyskana przez tego autora w podobnych przypadkach w okresie przed stosowaniem surowicy wyrażała się cyfrą 35%.

Reichl (1932) posługiwał się tą samą surowicą w 74 przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej, przy czym udało mu się obniżyć śmiertelność, wynoszącą w okresie przed stosowaniem surowicy 36,4% — do 14,8%. Podkreślić jednak należy, że tylko w 38 z pośród tych 74 przypadków przyczyną rozlanego zapalenia otrzewnej była zgorzel i przedziurawienie wyrostka [w pozostałych chodziło o inne przedziurawienia przewodu pokarmowego] i że zginęło tylko 3 z pośród tej kategorii chorych (7,8%).

Balogh (1932), stosując „Peritonitisserum", uzyskał wyleczenie we wszystkich 13 przypadkach ciężkiego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, w których rokowanie zdawało się być beznadziejne. Autor ten przytacza też osobiście mu znane wyniki lecznicze, uzyskane dzię-

ki stosowaniu surowicy przez innych chirurgów. I tak *Sturm* z pośród 25 stracił tylko 2 chorych; *Köhler* nie miał żadnego zgonu na 18 leczonych przypadków zapalenia otrzewnej, wreszcie *Lindenmann* w 8 przypadkach uzyskał wyleczenie dzięki surowicy.

Duval i Ameline (1932), omawiając 752 operowanych przez się przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, z pośród których stracił 67 chorych (śmiertelność = 8,9%), przypisują wielkie znaczenie surowicy przeciwzgorzelinowej, którą, jak twierdzą, stosowali w najcięższych przypadkach.

Stoeger (1932) stosował „Peritonitisserum" w 31 różnorodnych przypadkach zapalenia otrzewnej, przy czym we wszystkich (20) przypadkach, w których przyczyną zapalenia otrzewnej było przedziurawienie wyrostka, uzyskał wyleczenie.

Vincent (1933) nie stracił żadnego z pośród 200 chorych, operowanych z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, mimo iż trzech z nich w chwili stosowania surowicy przeciwokrężnicowej znajdowało się już w stanie agonii.

Ruemann (1933) leczył przy pomocy „Peritonitisserum" 244 przypadki zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego i 124 przypadki, w których zapalenie otrzewnej powstało z innych przyczyn. W przypadkach powyrostkowego zapalenia otrzewnej uzyskał śmiertelność 4,5%, podczas gdy śmiertelność leczonych przezeń przypadków przed okresem stosowania surowicy wynosiła 21,6%. Również w przypadkach zapalenia otrzewnej pochodzenia niewyrostkowego, dzięki stosowaniu surowicy udało mu się obniżyć odsetek śmiertelności z 38 do 20,9%.

Prochnow (1934) stosował początkowo surowicę przeciwokrężnicową w 33 przypadkach ciężkiego rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, uzyskując 12,1% śmiertelności. W 31 dalszych tego rodzaju przypadkach stosował „Peritonitisserum", przy czym uzyskał niższą jeszcze odsetkę śmiertelności, bo wynoszącą 9,67%. Uzyskana śmiertelność we wszystkich tych 64 leczonych surowicą przypadkach wyrażała się więc cyfrą 10,8%, podczas gdy przed okresem stosowania surowicy autor ten w przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego miał 18,5% śmiertelności. Rozpatrując poszczególne przypadki według ciężkości przebiegu klinicznego, za miernik którego uważa czas jaki upłynął od początku choroby do chwili operacji, stwierdza *Prochnow,* że jeśli śmiertelność operowanych przezeń przypadków w pierwszych 48 godzinach choroby w okresie przed stosowaniem surowicy wynosiła 10,34%, to stosując surowicę nie stracił żadnego z tych chorych. W przypadkach bardzo spóźnionych różnica między wynikami uzyskanymi u chorych leczonych i nie leczonych surowicą nie była już tak wybitna. U chorych bowiem operowanych przeciętnie po 92 godzinach od początku choroby, w okresie przed stosowaniem surowicy uzyskał śmiertelność 22,72%, podczas gdy u chorych leczonych surowicą, operowanych jednak nieco wcześniej, bo przeciętnie w 84 godziny od początku choroby, śmiertelność wyrażała się cyfrą 16,6%.

Gundel i Süssbrich (1934), stosując surowicę wieloważną przeciwokrężnicową, przeciwenterokokową i przeciwzgorzelinową, w 17 przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego uzyskali 10,5% śmiertelności.

W roku 1935 donieśli *Weinberg* i *Laquierre* o 40 leczonych surowicą ciężkich przypadkach zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, z których tylko jeden zakończył się śmiercią. Jak już wspominaliśmy, surowica stosowana ostat-

nio przez *Weinberga* jest wieloważna, składa się bowiem z surowicy przeciwzgorzelinowej, przeciwokrężnicowej, oraz t. zw. „surowicy dodatkowej", zawierającej ciała skierowane przeciw enterokokom, gronkowcom i innym drobnoustrojom najczęściej spotykanym w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego.

Szenicer (1934) z Kliniki *Radlińskiego* w przypadku ostrego przedziurawienia wyrostka robaczkowego, operowanego w czwartym dniu choroby, powikłanego żółtaczką, obecnością krwinek w osadzie moczu, zmianami martwiczymi kątnicy, wreszcie obecnością cuchnącego płynu w brzuchu i ropy w przestrzeni zaotrzewnowej, stosował surowicę przeciwokrężnicową w ciągu pięciu dni po zabiegu. Zdaniem *Szenicera* stosowanie surowicy swoistej nie zawsze da się uskutecznić wobec tego, że badanie bakteriologiczne przeciąga się nieraz do dni kilku, i winno się stosować surowicę przeciwokrężnicową gdyż, jak wynika z doświadczenia, prątek okrężnicy sprzyja rozwojowi innych bakterii, to też zablokowanie go może nie dopuścić do rozwoju innych drobnoustrojów.

W rozprawach nad tym przypadkiem, przedstawionym na posiedzeniu T-wa Chirurgicznego Warszawskiego, zabierało głos szereg chirurgów.

Goldstein twierdził, że w podobnych przypadkach stosował z bardzo dobrym wynikiem wielowartościową surowicę przeciwpaciorkowcową. *Zaleski* podkreślał, że surowica przeciwokrężnicowa oddaje nieocenione usługi w sprawach ropnych, szczególnie w ropnym zapaleniu wyrostka robaczkowego i ropniach zatoki Douglasa. W przypadkach zapalenia otrzewnej, w których wlewał do brzucha 40 cm^3 surowicy, drugie zaś 40 wprowadzał domięśniowo, po dwu dniach zaś podawał tę samą ilość surowicy, uzyskał zagojenie się rany operacyjnej przez rychłozrost. *Sokołowski* wspomniał, że w bardzo ciężkich sprawach ropnych stosuje surowicę przeciwokrężnicową dożylnie. Wreszcie *Szerszyński* podkreślał, że stosowanie tej czy innej surowicy uzależnić należy w każdym poszczególnym przypadku od rodzaju flory bakteryjnej.

Kossakowski (1935), wspominając o tym, że w szeregu przypadków wlewał do brzucha eter, propidon, dwukrotnie zaś po 20 cm^3 surowicy przeciwokrężnicowej, stwierdza, że żadnych wniosków co do wyższości tego lub innego wlanego do brzucha środka wyprowadzić nie może.

Z pośród 27 leczonych przez *Schultzego* (1936) przy pomocy surowicy przeciwzgorzelinowej przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego — zmarło 5 chorych. Chodziło o dziecko, operowane w 4-tym dniu trwania choroby, przypadek zapalenia otrzewnej wywołanego przez gronkowce, dalej dwóch chorych dotkniętych cukrzycą, przy czym z ropy pobranej z brzucha jednego z nich wyhodowano obok prątków okrężnicy — dwoinki zapalenia płuc, z ropy zaś drugiego otrzymano czystą hodowlę gronkowca; wreszcie w ostatnim przypadku poza zapaleniem otrzewnej stwierdzono bardzo daleko posunięte roponercze.

Duran (1936) oblicza, że w 5% przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego nie udaje się usunąć podczas zabiegu chorego wyrostka. W dwu tego rodzaju przypadkach, w których sączkował jamę brzuszną, uzyskał wyleczenie dzięki podawanej surowicy.

Verner (1936) stosował surowicę przeciwzgorzelinową u 38 chorych z ropnym zapaleniem otrzewnej pochodzenia wyrostkowego i uzyskał 15,8% śmiertelności. Śmiertelność podobnych przypadków w okresie poprzedzającym stosowanie surowicy wynosiła w materiale tego autora 23,8%.

Schmiedt (1936) od czasu stosowania „Peritonitisserum” nie miał ani jednego wypadku śmierci na 75 leczonych w ten sposób przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego.

Nobel w roku 1936 zestawił materiał operacyjny Kliniki *Henschena*, obejmujący 3708 przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego za okres ostatnich lat pięciu. W okresie tym w najcięższych przypadkach stosowano surowicę przeciwzgorzelinową, dzięki czemu ogólna śmiertelność wynosiła tylko 1,43%. Natomiast w okresie poprzednim, przed stosowaniem surowicy, w 2591 przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego uzyskano śmiertelność 2,81%. Z pośród 390 leczonych surowicą przypadków, w 123 ciężkiemu obrazowi klinicznemu towarzyszyła zgorzel wyrostka, w 267 natomiast chodziło o przedziurawienie wyrostka, przy czym w 64 z tych przypadków — o rozlane ropne zapalenie otrzewnej. Z pośród tych ostatnich zmarło 24 chorych, śmiertelność wynosiła więc 37,5%, podczas gdy śmiertelność w 72 podobnych przypadkach z poprzedniego okresu, w którym surowicy nie stosowano, wyrażała się cyfrą 56,9%. Spadek więc śmiertelności pod wpływem surowicy w tych najcięższych przypadkach wynosił 19,4%. Śmiertelność zaś we wszystkich 390 powikłanych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego wyrażała się cyfrą 7,17%.

Z autorów polskich *Wiśniewski* (1937) stosował surowicę przeciwzgorzelinową *P. Z. H.* u 83 z pośród 125 dzieci, dotkniętych rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej pochodzenia wyrostkowego i uzyskał odsetek śmiertelności 24,1%, tj. o 14% niższy, niż w okresie przed stosowaniem surowicy. Dzięki temu również i ogólna śmiertelność wszystkich dzieci z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego obniżyła się z 12% na 9,5%. Posługiwał się początkowo wyłącznie surowicą przeciwzgorzelinową, potem podawał ją łącznie z surowicą przeciw prątkom okrężnicy, nie ma jednak wrażenia, aby taka surowica mieszana miała działać skuteczniej i przyznaje słuszność *Weinbergowi*, iż w rozlanym ropnym zapaleniu otrzewnej główną rolę odgrywają bakterie beztlenowe. Przyznaje, że stosował zbyt małe dawki surowicy (20 cm^3 dootrzewnowo i 20 domięśniowo) i że surowicę w dniach następnych podawał zbyt rzadko. Mimo to wszakże dzięki surowicy uzyskał wyleczenie $^2/_3$ przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, operowanych w 6 — 7-ym dniu choroby, według opinii *Ombrédanne'a* bezwzględnie straconych. Stwierdzając, że udało mu się na własnym materiale obniżyć w ostatnich czasach dość znacznie śmiertelność w przypadkach zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, podkreśla, że obniżenie to zawdzięcza między innymi stosowaniu surowicy.

Mackowski (1937) stosował surowicę *P. Z. H.* przeciw zapaleniu otrzewnej (przeciwzgorzelinową łącznie z przeciwokrężnicową) w 17 przypadkach zgorzelinowego zapalenia i przedziurawienia wyrostka robaczkowego oraz powyrostkowego zapalenia otrzewnej z cuchnącym wysiękiem, tracąc jednego tylko chorego z paciorkowcowym zapaleniem otrzewnej. Stwierdza przy tym, że zdobyte przez niego doświadczenie jest zbyt małe, aby pozwolić mogło na wyciągnięcie dalej idących wniosków, przekonany jest jednak, że leczenie pooperacyjne doznaje w surowicy nie dającego się w żaden sposób zaprzeczyć poparcia.

Wspominał wreszcie na Zjeździe w roku 1931 o stosowaniu surowicy *T. Ostrowski*. W przypadkach, w których znajdował minimalne zmiany anatomiczne w wyrostku, ogólny zaś stan chorego był bardzo ciężki, widział korzystny wpływ surowic i szcze-

pionek na dalszy przebieg sprawy. Wydaje się wszakże, że większe znaczenie przypisywał szczepionkom, skoro mówi dalej już tylko o napajaniu sączka maścią propideksową i wlewaniu do brzucha bulionu Besredki.

Nie wspominaliśmy jeszcze o tym, że różny był sposób stosowania surowic przez poszczególnych autorów. *Rakowatz, Foisy, Williams, Vincent, Schultze, Verner, Jennings, Mackowski* i inni wprowadzali surowicę domięśniową w ilości od 40 do 100 cm^3 jednorazowo, powtarzając tę dawkę w razie potrzeby, przy czym niektórzy podawali ogółem do 200, 300, a nawet wyjątkowo do 900 cm^3 surowicy. *Kunz, Henschen* i *Reichl* podawali po 25, 75 cm^3 i więcej surowicy domięśniowo i dożylnie. *Clavelin* wprowadzał surowicę wyłącznie dootrzewnowo, *Schmiedt i Wiśniewski* — dootrzewnowo i domięśniowo po 20 do 80 cm^3, *Balogh, Gundel* i *Süssbrich* — dootrzewnowo i dożylnie. Wreszcie *Weinberg, Dick* i *Nobel* — dootrzewnowo i domięśniowo, a niekiedy i dożylnie, wprowadzając jednorazowo po 100 do 200 cm^3 i w razie potrzeby powtarzając tę dawkę.

Pozostają do omówienia wyniki autorów, którzy leczenie surowicą uważają za bezwartościowe. Zestawienie *Oudarda* i *Courrauda* (1925) obejmuje wprawdzie 283 przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego, jednakże tylko w 82 chodziło o zapalenie ostre, a surowicę przeciwzgorzelinową stosowano w 2 tylko przypadkach, z których w jednym otrzymano czystą hodowlę prątków okrężnicy.

W jednym przypadku, leczonym przy pomocy surowicy przeciwzgorzelinowej przez *Bonnamy* (1927), chory zmarł wskutek powstania mnogich przerzutowych ognisk ropnych. Autor jednak nie tylko nie mówi w jakich dawkach podawał surowicę, lecz nie wspomina również o wyniku badania bakteriologicznego.

Statystyka *Vorschütza* i *Schmechela* z roku 1934 obejmuje wprawdzie 618 przypadków powyrostkowego zapalenia otrzewnej, z których zmarło 11, przy czym w dwu tylko z nich śmierć nastąpiła pomimo podania surowicy. Na podstawie tych dwóch tylko przypadków leczonych surowicą kwestionują autorzy jej wartość.

Kappel (1935) stosował surowicę przeciwokrężnicową i „Peritonitisserum", wstrzykując chorym tylko po ampułce każdej z tych surowic dożylnie po ukończeniu zabiegu, następnie zaś w ciągu dalszych dni pięciu wprowadzał domięśniowo te same ilości surowicy. Mimo jednak, iż widział korzystny wpływ surowicy na ogólny stan chorego — uzyskał bardzo złe wyniki. Z pośród bowiem 86 leczonych surowicą chorych, dotkniętych rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej, stracił 36, (41% śmiertelności), podczas gdy w okresie, w którym surowicy nie stosował, miał mniejszą śmiertelność, bo z pośród 54 stracił tyko 15 chorych (28%). Śmiertelność spostrzegana przez tego autora we wszystkich przypadkach, w których chodziło o przebicie wyrostka robaczkowego, niczym się nie różniła u chorych leczonych i nie leczonych surowicą i wyrażała się cyfrą 22%. Ogólna zaś śmiertelność, uzyskana we wszystkich operowanych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, obniżyła się w ostatnich czasach z 7,9% na 7,29%.

Czterech więc autorów, kwestionujących wartość leczenia surowicą przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, opiera swe wnioski ogółem na 91 leczonych w ten sposób przypadkach, przy czym trzech z nich rozporządza łącznie tylko 5 przypadkami. Można mieć przy tym poważne zastrzeżenie co do tego, czy leczenie było przez nich przeprowadzone w sposób właściwy. *Weinberg,* rozpatrując przypadki w których leczenie surowicą

nie zostało uwieńczone pomyślnym skutkiem, stwierdza że część zawodów przypisać należy nieumiejętnemu stosowaniu surowicy, przyczyną zejścia był bowiem wstrząs anafilaktyczny.

Z pośród autorów, którzy sami surowicy nie stosowali, *Schnitzler* twierdzi, że ocena, który z pośród różnorodnych czynników leczniczych odegrał decydującą rolę w utrzymaniu chorego przy życiu, jest bardzo trudna, tym bardziej, że, jego zdaniem, ilość leczonych dotychczas przy pomocy surowicy przypadków nie jest wystarczająca, aby na ich podstawie móc wypowiedzieć się zdecydowanie o wartości seroterapii. Analogia wszakże z innymi schorzeniami czyni, zdaniem *Schnitzlera*, pomyślny wpływ tego leczenia zupełnie prawdopodobnym.

Zestawienie ilości leczonych dotychczas przypadków i uzyskanych wyników przedstawia następująca tablica:

Rok	autor	stosowana surowica	Ilość leczonych przypadków	z nich zmarło	% śmiert.
1919/20	Delbet	S. antigangraenosum	13	1	7,7 %
1921	Cotte	„	1	0	0 %
„	Berard	„		nie podaje	
1923/24	Michel, Rakowatz, Mathieu	„	35	3	8,5 %
1924	Weinberg, Jaquemin	„	96	2	2,07 %
„	Clavelin	S. Vincent - Stodel	19	0	0 %
„	Foisy	„	7	1	14 %
1925	Williams	S. antigangraenosum	18	1	1,17 %
„	Oudard, Courraud	„	2	2	100 %
1927	Bonnamy	„	1	1	100 %
1928	Stabin	„		nie podaje	
1930	Kunz	S. anticoli	57	7	13 %
1931	Henschen	S. antigangraenosum	21	0	0 %
„	Jennings	„		nie podaje	
„	Robb	„		nie podaje	
„	Dick	Peritonitisserum	51	14	25,54 %
„	Ostrowski	nie podaje			
1932	Reichl	Peritonitisserum	38	3	7,8 %
„	Balogh	„	13	0	0 %
„	Sturm	„	18	0	0 %
„	Köhler	„	25	2	8 %
„	Lindenmann	„	8	0	0 %
„	Stöger	„	20	0	0 %
„	Duval, Ameline	S. Weinberg		nie podaje	
1933	Ruemann	Peritonitisserum	244	11	4,5 %
„	Vincent	S. anticoli	200	0	0 %
1934	Kunz	Peritonitisserum	324	28	8,6 %
„	Prochnow	„	64	7	10,8 %
„	Szenicer	S. anticoli	1	0	0 %
„	Goldstein	S. przeciwpaciorkowcowa		nie podaje	
„	Sokołowski	S. anticoli		nie podaje	
„	Zaleski	„		nie podaje	
„	Gundel, Süssbrich	Peritonitisserum	170	18	10,5 %
„	Vorschütz, Schmechel	„	2	2	100 %
1935	Kossakowski	S. anticoli	2	nie podaje	
„	Weinberg, Laquierre	S. Weinberg	40	1	2,5 %
„	Kappel	Peritonitisserum	86	36	41 %
1936	Schultze	S. antigangraenosum	27	5	18,5 %
„	Duran	„	2	0	0 %
„	Verner	„	38	5	15,8 %
„	Schmiedt	Peritonitisserum	75	0	0 %
„	Nobel	S. Weinberg	390	28	7,17 %
1937	Mackowski	„	17	1	5,8 %
„	Wiśniewski	S. antigangraenosum	83	20	24,1 %
		Razem	2208	199	8,7 %

Niewątpliwie surowica przeciw zapaleniu otrzewnej znalazła znacznie szersze zastosowanie, niżby to wynikało z naszego zestawienia. *Weinberg* mówi, że przyjęła się ona w praktyce i jest stosowana przez bardzo wiele zakładów chirurgicznych. Niewielką zaś stosunkowo ilość doniesień o uzyskanych wynikach znajdowanych w piśmiennictwie tym tłumaczy, że wielu chirurgów uważa już ten sposób leczenia za dostatecznie ugruntowany i nie sądzi, by zachodziła potrzeba ogłaszania dalszych spostrzeżeń klinicznych. Podobnie też ujmuje tę sprawę *Papin*.

Tak więc się przedstawiają dotychczasowe wyniki leczenia surowicą, uzyskane w przypadkach ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, jakie znaleźliśmy w dostępnym nam piśmiennictwie. Jeśliby kto na ich podstawie usiłował przeczyć wartości surowicy, dałby tym chyba dowód, że nie umie liczyć.

Pomijając zupełnie przypadki autorów, wyrażających się ogólnikowo o wartości leczniczej surowicy, nie podających jednak ani ilości leczonych przypadków, ani cyfrowo uzyskanych wyników,leczono dotychczas przy pomocy różnych surowic 2208 powikłanych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, pośród nich zaś wielką ilość przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, przy czym stracono tylko 191 chorych, ogólna więc śmiertelność tych najcięższych niewątpliwie przypadków (szereg autorów z całym naciskiem podkreśla ich ciężkość, nie brak nawet między nimi i chorych, którym podawano surowicę dopiero w czasie agonii) — wynosi 8,7%.

Krytyka doszukającego się stale dziury w całym, niech przekona fakt, że kilkunastu autorów stwierdza przy pomocy cyfr, iż w takich samych przypadkach bez stosowania surowicy uzyskali poprzednio znacznie gorsze wyniki. Różnica śmiertelności na korzyść leczenia surowicą wyraża się u nich w odsetkach od 6,1% do 19,4%. Podkreślić jednak z naciskiem należy, że wszystkie te cyfry są względnie niskie, a to z tego względu, że autorzy którzy je podają, przed okresem stosowania surowicy mieli stosunkowo niewielką, niższą od przeciętnej, śmiertelność pooperacyjną. Wbrew bowiem opinii tych, którzy obliczenie śmiertelności w przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego uważają za niemożliwe, ze względu na bardzo znaczne wahania, w granicach od 11 do 87%, cyfr znajdowanych w najnowszych nawet zestawieniach, śmiertelność tę można obliczyć w przybliżeniu. Śmiertelność uzyskana w latach 1926—31 u cytowanych przez *Michejdę* 12 autorów wynosi 37,7%, ponieważ autorzy ci na ogólną liczbę 822 leczonych przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego stracili 310 chorych. Według zbiorowej statystyki niemieckiej, obliczonej w podobny sposób przez *Kirschnera*, śmiertelność wynosiła 38,9%. Cyfry te odpowiadają wynikom uzyskanym przez *Clairmonta* (37,01%) i mogą być uważane za przeciętną. Odpowiadają też one wynikom uzyskanym przez autorów polskich (*Michejda* — 50%, *Dengel* — 33%, *Jurasz* — 29,8%, *Nowakowski* — 26,6%). Jeśli zaś cyfrę śmiertelności 38% w przypadkach ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego przyjmiemy za przeciętną, to odsetka chorych uratowanych dzięki stosowaniu surowicy wyniesie znów przeciętnie nie 6,13%, ani nawet 19, lecz niemal 30%.

Szczelne zaszywanie brzucha w tych wszystkich przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej, w których nie ma ku temu szczególnych przeciwwskazań, mimo iż stanowi jedną z największych zdobyczy chirurgii lat ostatnich, nie rozwiązało jed-

nak niestety ostatecznie sprawy leczenia operacyjnego wszystkich zaniedbanych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego. Uzyskane przez nas do roku 1936 cyfry — 28,5% śmiertelności we wszystkich przypadkach sączkowanych i 47,6% w sączkowanych przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, świadczą o dużych lukach dotychczasowego lecznictwa. Kończąc poprzedni artykuł stwierdzeniem tego faktu, podnosiliśmy, że musimy za wszelką cenę dążyć do uzyskania skutecznych środków zwalczania sprawy ropnej, toczącej się w otrzewnej u chorych, którym nie możemy szczelnie zaszyć powłok brzusznych. Sposób ten upatrujemy w stosowaniu surowicy swoistej przeciw zapaleniu otrzewnej. Wprawdzie pierwsze, omówione w poprzednim artykule nasze próby stosowania surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.* w 3 ciężkich przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej, w których po usunięciu wyrostka ze względu na naciek ścian kątnicy musieliśmy pozostawić w brzuchu sączki, zakończyły się niepowodzeniem. Surowicę tę zastosowaliśmy jednak zbyt późno, dopiero w drugim względnie trzecim dniu po zabiegu, wobec pogorszenia się stanu chorych. We wszystkich tych przypadkach spostrzegaliśmy wprawdzie początkowo znaczną poprawę kliniczną, zarówno ustępowanie objawów ogólnych, jak i objawów ze strony jamy brzusznej, poprawa ta jednak była krótkotrwała. W jednym tylko przypadku po podaniu choremu 100 cm³ surowicy poprawa utrzymywała się w ciągu dni pięciu i była tak wybitna, że nawet uważaliśmy chorego za uratowanego, jednakże w 5-tym dniu po wprowadzeniu pierwszej dawki surowicy, a w 7-ym po operacji, wystąpiło tak gwałtowne pogorszenie, że w ciągu 6 zaledwie godzin doprowadziło do zejścia. Na sekcji stwierdzono wielką ilość ropy pośród rozdętych pętli jelitowych. Dziś wiemy, że popełniliśmy szereg błędów, zbyt późno rozpoczynając leczenie surowicą i nie podając choremu dalszych dużych jej dawek w dniach następnych, skoro pierwsza dawka miała wpływ pomyślny.

Nie zrażając się pierwszymi niepowodzeniami zastosowaliśmy surowicę w szeregu dalszych ciężkich przypadków, budzących wielkie obawy. Uzyskane tym razem wyniki przeszły wszelkie nasze oczekiwania. Z trzydziestu kilku wyleczonych w ten sposób przypadków przytaczamy kilka najbardziej charakterystycznych.

Przypadek pierwszy pochodzi z praktyki prywatnej, pozostałe dotyczą chorych szpitalnych.

Przyp. 1.

Chory lat 54, bardzo otyły, wagi 106 kg, leczony od szeregu lat rzekomo z powodu schorzenia wątroby, był operowany podczas ostrego ataku w 20 godzin po przedziurawieniu wyrostka robaczkowego .

Badanie przeprowadzone bezpośrednio przed zabiegiem wykazało rozlane zapalenie otrzewnej, stwierdzono bowiem znaczne wzdęcie i obronę mięśniową nad całym brzuchem, najsilniejszą w podbrzuszu prawym, silną przeczulicę powłok, ponadto zaś niemożność oddania moczu, zatrzymanie stolca i wiatrów. Chory był bardzo zatruty, a jego stan ogólny źle się przedstawiał: język podsychający, ciepłota ciała 39°, tętno 120/min., miękkie. Stwierdzono wybitną rozedmę płuc i ostry nieżyt oskrzeli; chory kasłał bezustannie, z trudem odpluwając dużą ilość plwociny wyraźnie ropnej, tony serca były bardzo głuche. Leukocytoza wynosiła 25.000. W moczu znaleziono ślad białka i wzmożoną ilość indykanu.

Po otwarciu brzucha w uśpieniu sennarkolowym stwierdzono obecność wolnego płynu ropnego. Otrzewna ścienna i trzewna były wybitnie przekrwione, ściany zaś bardzo krótkiej kątnicy — wyraźnie naciekłe. Przedziurawiony na szczycie wyrostek, grubości kciuka, nie był pokryty siecią; odchodził on ku dołowi i przyśrodkowo od kątnicy i był przyrośnięty do tylnej otrzewnej ściennej. Po usunięciu wyrostka, trudnym zaopatrzeniu jego kikuta i wymaczaniu ropy, pozostawiono w brzuchu rękawiczkę gumową, wprowadzając jej

palce do jamy Douglasa, wyprowadzając zaś brzeg jej mankietu w dolnym biegunie rany. Zaszyto następnie częściowo otrzewnę, kilku szwami powięź, po czym założono trzy szwy sytuacyjne na grube powłoki, w przekonaniu, że w najbliższych dniach po zabiegu, wskutek niewątpliwego ropienia rany operacyjnej, trzeba je będzie i tak puścić.

Chory źle zniósł zabieg. Mimo bezustannego męczącego kaszlu zupełnie nie mógł odpluć zalegającej w drogach oddechowych plwociny, to też w ciągu pierwszych dwu dni miał oddech charczący, jak przy obrzęku płuc, utrzymywała się również sinica. Wobec bardzo złego stanu ogólnego postanowiono wyczerpać wszystkie środki dla ratowania chorego. Już w kilkunaście godzin po zabiegu otrzymał domięśniowo 100 cm³ surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.*, w ciągu następnej doby dalsze 60 cm³, w trzecim dniu jeszcze 50 cm³, ogółem otrzymał więc 210 cm³ surowicy. Ponadto wstrzykiwano mu duże ilości środków nasercowych. Mimo wszelkich zabiegów, mających na celu zapobiec wystąpieniu zapalenia płuc, w trzecim dniu stwierdzono obecność dwu ognisk odoskrzelowego zapalenia płuc w prawym dolnym płacie. Ogniska te zresztą szybko się cofnęły.

Cały przebieg pooperacyjny był nadspodziewanie gładki i zupełnie niezwykły. Ciepłota ciała, opadając litycznie, już w czwartym dniu po zabiegu powróciła do normy, nie podnosząc się aż do końca pobytu chorego w szpitalu. W 6-tym dniu odstawiono środki nasercowe. Brzuch przez cały czas nie pozostawiał nic do życzenia. Począwszy od 3-go dnia samoistnie odchodziły wiatry, w 7-ym dniu stolec po wlewie, w 13-tym obfite wypróżnienie po oleju. Opatrunek przemókł silnie wydzieliną ropną tylko w ciągu I-ej doby; w dniach następnych wydzielina z rany była skąpa, coraz skąpsza i miała charakter wyraźnie surowiczy. W 6-tym, 8-ym, 10-ym dniu po zabiegu podciągano rękawiczkę, w 12-ym usunięto ją zupełnie i, wobec braku wydzieliny ropnej z rany, wypełnionej zdrową ziarniną, nałożono opatrunek powierzchowny, po uprzednim wyjęciu trzech szwów skórnych, ponieważ, jak się okazało, zaszyta część rany zagoiła się przez rychłozrost. Chory opuścił szpital w końcu 4-tego tygodnia z raną zupełnie zagojoną. W dwa tygodnie później o własnych siłach wyjechał na południe na okres rekonwalescencji.

Wszystkim lekarzom, którzy widzieli chorego bezpośrednio przed, w czasie i w pierwszych dniach po zabiegu, wydawało się że zejście niepomyślne jest zupełnie przesądzone. Jesteśmy też najgłębiej przekonani, iż wyzdrowienie swe zawdzięcza chory wyłącznie surowicy przeciwzgorzelinowej, i że sączkowanie brzucha, przeprowadzone ze względu na niepewne zaopatrzenie kikuta wyrostkowego i kruchość ścian kątnicy, było zupełnie niepotrzebne.

Już jeden ten przypadek wystarczy, aby przekonać o wartości leczniczej surowicy przeciwzgorzelinowej w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego największego nawet sceptyka.

Przyp. 2.

Chory lat 24, operowany w 3-im dniu choroby wśród objawów rozlanego zapalenia otrzewnej. W brzuchu płyn ropny. Usunięto przedziurawiony wyrostek, dotknięty zgorzelą; wobec nacieku ścian kątnicy i podstawy krezki jelita biodrowego w miejscu przylegania do niej wyrostka — pozostawiono w jamie brzusznej sączek, wyprowadzając go w dolnym biegunie rany. Bezpośrednio po zabiegu chory otrzymał domięśniowo 100 cm³ surowicy przeciwzgorzelinowej. Stan ogólny chorego bardzo szybko się poprawił. Ciepłota ciała, wynosząca przed zabiegiem 39,2°, w drugim dniu opadła do 38°, w 5-ym — powróciła do normy, tętno ze 140 do 80/min. Gazy odchodziły samoistnie począwszy od drugiego dnia po zabiegu. Zmiany w moczu (ślad białka, pojedyńcze krwinki, leukocyty, wałeczki szkliste i ziarniste) — ustąpiły bez śladu. Zaszyta część rany zagoiła się przez rychłozrost. Wydzielina surowiczo-ropna z miejsca, w którym tkwił sączek, od początku była skąpa. Chory opuścił szpital w zupełnie dobrym stanie, zagojony i bez dolegliwości po 5 tygodniach.

Przyp. 3.

Chory lat 28, operowany w 3-im dniu ostrego napadu wyrostkowego. W brzuchu znaleziono dużą ilość płynu ropnego. Przedziurawiony i dotknięty zgorzelą wyrostek był ułożony pod kątnicą. Wobec nacieku zapalnego ścian kątnicy — sączkowano łożysko wyrostka. Ze względu na ciężki stan ogólny chorego otrzymał on jeszcze na stole operacyjnym domięśniowo 60 cm³ surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.*, w dniu następnym dalsze 60 cm³, w 3-im dniu wreszcie jeszcze 40

cm³. — W 5-ym dniu ciepłota ciała, która przed zabiegiem wynosiła 39°, powróciła do normy. Brzuch przedstawiał się przez cały czas zupełnie prawidłowo. Gazy odchodziły samoistnie. Zaszyta część rany zagoiła się przez rychłozrost. Chory opuścił szpital w końcu czwartego tygodnia, zagojony i bez dolegliwości.

Przyp. 4.

Chora lat 22, pozostająca w opiece ginekologa z powodu zmian zapalnych prawych przydatków macicznych, wobec nasilania się objawów brzusznych, obrony mięśniowej, wysokiej gorączki i leukocytozy, dochodzącej do 25,000, została skierowana na oddział chirurgiczny w 5-ym dniu choroby. Po otwarciu brzucha nie stwierdzono obecności płynu wolnego. Przy uwalnianiu jednak przedziurawionego, dotkniętego zgorzelą wyrostka otwarto duży ropień okołowyrostkowy. W miejscu ropnia pozostawiono rękawiczkę gumową, której koniec wyprowadzono w dolnym biegunie rany, po czym, po usunięciu chustek osłaniających wolną jamę brzuszną, częściowo zaszyto powłoki. Aby zapobiec wystąpieniu rozlanego zapalenia otrzewnej wstrzyknięto chorej domięśniowo w czasie zabiegu 60 cm³ surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.* W dniu następnym podano dalsze 60 cm³ surowicy, w 3-im dniu po operacji jeszcze 50 cm³. Wobec ropienia powłok rozwarto je w 3-im dniu po operacji. Poza tym przebieg pooperacyjny niczym nie był powikłany. Brzuch przez cały czas przedstawiał się prawidłowo, gazy odchodziły samoistnie. Sączek usunięto w 4-ym tygodniu i chora opuściła szpital zagojona i bez dolegliwości po 6 tygodniach.

Przyp. 5.

Chora lat 23, operowana w 3-im dniu choroby. Przy przyjęciu ciepłota ciała 38,4°, tętno 120/min. W brzuchu duża ilość wolnego płynu ropnego (wyhodowano zeń prątki okrężnicy i paciorkowce). Przy uwalnianiu dotkniętego zgorzelą przedziurawionego wyrostka otwarto ropień okołowyrostkowy. W miejscu łożyska wyrostka pozostawiono sączek, ranę częściowo zaszyto. Bezpośrednio po zabiegu wstrzyknięto chorej domięśniowo 100 cm³ surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.*, w dniu następnym dalsze 100 cm³, w trzecim wreszcie dniu, wobec braku poprawy ogólnego stanu chorej, stałego podnoszenia się ciepłoty ciała (do 39°), i szybkości tętna — jeszcze 80 cm³ surowicy wielowartościowej „Peritosan" Klawego. W 4-tym dniu ciepłota ciała opadła do 37,5°, w 6-ym, po rozwarciu rany, powróciła do normy. Dalszy przebieg gładki.

Przyp. 6.

Chory lat 7, operowany w 3-im dniu choroby wśród objawów rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej. Stan ogólny był ciężki; ciepłota ciała wynosiła 38,4°, tętno drobne, miękkie, 120/min., język suchy. Przy otwieraniu brzucha w uśpieniu ewipanowym, stwierdzono nacieczenie zapalne powięzi brzusznych i otrzewnej. W wolnej jamie brzusznej dużo gęstej ropy, silnie cuchnącej. Ściany kątnicy naciekłe, pętle jelita cienkiego rozdęte, pokryte nalotami włóknikowymi i posklejane ze sobą. Usunięto wyrostek w stanie zgorzeli, przedziurawiony w połowie długości, pozostawiając sączek w miejscu jego łożyska. Po częściowym zaszyciu powłok wstrzyknięto dziecku domięśniowo 80 cm³ surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.* Wobec nitkowatego, niezliczalnego tętna wprowadzono podskórnie fizjologiczny rozczyn soli i podawano duże ilości środków nasercowych. W dniu następnym ciepłota ciała wynosiła 38,2°, tętno powyżej 120/min., brzuch był silnie wzdęty, język podsychający. Wobec tego, iż wygląd ropy znalezionej w brzuchu w czasie zabiegu świadczył niewątpliwie o zakażeniu prątkiem okrężnicy, podano dziecku w 24 godziny po zabiegu dalsze 80 cm³ wielowartościowej surowicy „Peritosan" Klawego. Nazajutrz ciepłota opadła do 38°, tętno do 100/min., wiatry odeszły samoistnie i poprawił się wygląd dziecka. Wieczorem raz jeszcze podano 40 cm³ „Peritosanu". Ciepłota opadła do 37,2° i stan ogólny dziecka nie budził już żadnych obaw. W 4-ym dniu po zabiegu rozwarto powłoki; wydzielina ropna była dość obfita, brzuch jednak przedstawiał się zupełnie prawidłowo. W 7-ym dniu spadek ciepłoty do normy, w 9-ym wytworzenie się przetoki kałowej. Dalszy przebieg bez powikłań.

Przyp. 7.

Dziecko lat 7, przywiezione w drugim dniu choroby w gorsecie gipsowym, założonym przed dwoma miesiącami z powodu złamania kręgosłupa. Ze względu na gwałtowne bóle brzucha i uporczywe wymioty podano w dniu po-

przednim środek przeczyszczający. Po zdjęciu gorsetu stwierdzono silne wzdęcie, rozlaną bolesność i obronę mięśniową nad całym brzuchem. Dziecko, mimo normalnej ciepłoty ciała, miało 150 tętna na minutę, było niespokojne, blade, język miało wybitnie suchy. Po otwarciu brzucha w uśpieniu ewipanowym stwierdzono dużą ilość wolnego płynu ropnego, cuchnącego, z którego wyhodowano w dniach następnych beztlenowce i paciorkowce. Pętle jelita cienkiego były rozdęte, przekrwione i pokryte nalotami włóknikowymi. Kątnica naciekła; dotknięty zgorzelą, przedziurawiony wyrostek, częściowo był pokryty siecią. W miejscu łożyska wyrostka pozostawiono rękawiczkę gumową, której koniec wyprowadzono w dolnym biegunie rany. Dziecko otrzymywało „Peritosan" Klawego w ciągu trzech dni. Pierwsze 80 cm³ wstrzyknięto domięśniowo i to jeszcze w uśpieniu, dalsze 80 i 60 cm³ po 24 i 48 godzinach. Stan dziecka bardzo groźny w ciągu drugiej doby (tętno ponad 170/min., potem niezliczalne, brzuch silnie wzdęty), w trzecim, a zwłaszcza w czwartym dniu po operacji poprawił się znacznie; tętno opadło do 120/min., w następnym zaś dniu wynosiło już tylko 92/min., gazy odchodziły samoistnie. Ciepłota ciała powróciła do normy w 6-tym dniu choroby. Dalszy przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki.

Podobnych obserwacyj moglibyśmy przytoczyć znacznie więcej, uważamy to jednak za zbędne. Od 6 miesięcy, odkąd stosujemy na oddziale surowicę przeciwzgorzelinową *P. Z. H.*, względnie „Peritosan" Klawego we wszystkich ciężkich przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego i w przypadkach ropni okołowyrostowych, otwartych w czasie usuwania wyrostka, a tego rodzaju przypadków mieliśmy 36, nie zginął ani jeden chory. Ponieważ zaś śmiertelność w tego rodzaju przypadkach wynosiła dotychczas przeciętnie w naszym materiale 18,4%, musimy wprowadzone leczenie surowicą uważać za wielki postęp, niewątpliwie godny naśladowania. Nie spodziewamy się bynajmniej, aby surowica przeciwzgorzelinowa względnie „Peritosan", stosowane wcześnie i w dużych dawkach, pozwoliły sprowadzić do zera śmiertelność pooperacyjną we wszystkich przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanych rozlanym zapaleniem otrzewnej, względnie wytworzeniem się ropnia okołowyrostkowego. Tego rodzaju wniosek nie tylko byłby przedwczesny, ale zgoła nieprawdopodobny. Przede wszystkim na przypadki bardzo spóźnione, w których mamy już do czynienia z porażeniem systemu naczyniowego, leczenie to nie może okazać korzystnego wpływu. Mieliśmy o tym sposobność poprzednio kilkakrotnie się przekonać, stosując surowicę w późnych okresach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, w kilka dni po zabiegu, kiedy stan chorego coraz bardziej się pogarszał i niepomyślne zejście było już przesądzone. że jednak i w tego rodzaju przypadkach surowica sprowadzić może chwilową, wydawałoby się znaczną nawet poprawę, świadczy o tym przypadek, o których wspominaliśmy.

Stosowaliśmy dalej surowicę w przypadkach, w których zapalenie otrzewnej wystąpiło dopiero w przebiegu pooperacyjnym.

Przypadek pierwszy dotyczył 46 letniej chorej, operowanej z powodu rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. Po usunięciu dotkniętego zgorzelą i przedziurawionego wyrostka, ułożonego w kącie między ostatnią pętlą jelita biodrowego a kątnicą, wobec zmian zapalnych ścian kątnicy i krezki jelita biodrowego, pozostawiono sączek w miejscu łożyska wyrostka, zaszywając następnie częściowo powłoki. Z ropy pobranej z brzucha wyhodowano prątki okrężnicy. Posiewów w kierunku obecności beztlenowców nie przeprowadzono. Ze względu na dobry ogólny stan chorej, nie przyspieszone tętno, niską ciepłotę ciała, zaniechano podania surowicy bezpośrednio po zabiegu. Ciepłota już w 5-ym dniu po operacji opadła do normy i stan ogólny chorej nie pozostawiał nic do życzenia. Zaszyta część rany zagoiła się przez rychłozrost, z miejsca zaś w którym tkwił sączek, wydzielała się niewielka ilość treści ropnej. W 12-ym dniu jednak po operacji chora zagorączkowała nagle do 39°, skarżąc się na bóle brzucha, utrudnienie odchodzenia gazów i częste moczenie. W moczu stwierdziliśmy po kilkadziesiąt leukocytów w polu widzenia. Rana poope-

racyjna nadal przedstawiała się zupełnie prawidłowo, z dolegliwości zaś odczuwanych przez chorą pozostało tylko częste moczenie. Przedmiotowo stwierdziliśmy w tym czasie wytworzenie się guza zapalnego nad spojeniem łonowym, którego nie udało się wyczuć przy badaniu przez odbytnicę. W 27-ym dniu po operacji wystąpiły nagle gwałtowne bóle brzucha o charakterze początkowo napadowym, potem stałym. Bóle rozpoczęły się w podbrzuszu, wkrótce jednak objęły całą jamę brzuszną. Ciepłota ciała podniosła się do 39,5^0, tętno do 120/min. Przy badaniu stwierdzono zaostrzenie rysów twarzy, wybitną suchość języka, znaczne wzdęcie i rozlaną bolesność brzucha. Nie udało się wyczuć obecności guza, znajdowanego dotychczas nad spojeniem łonowym. Nie stwierdzono też ani stawiania się pętli jelitowych, ani objawów płynu wolnego w brzuchu, ani obniżenia się jamy Douglasa. Myśląc początkowo o niedrożności ze względu na napadowy charakter bólów, przeprowadzono badanie rentgenowskie po wlewie konstrastowym. Badanie to wyłączyło istnienie niedrożności mechanicznej, zdawało się natomiast świadczyć o porażennej niedrożności jelit. Leukocytoza wynosiła 19,500. W moczu o oddziaływaniu zasadowym stwierdzono ślad białka, w osadzie zaś liczne leukocyty. Ponieważ ogólny stan chorej pod wpływem hipodermokliz, kilkakrotnego podawania atropiny z papaweryną i prostigminy zupełnie się nie poprawiał, gazy nie odchodziły, bębnica i rozlana bolesność brzucha wzrastały i wygląd chorej coraz więcej budził obaw, rozpoznaliśmy w dniu następnym rozlane zapalenie otrzewnej, powstałe wskutek przebicia do brzucha ropnia wytworzonego uprzednio między pętlami jelit nad spojeniem łonowym i postanowiliśmy uciec się do surowicy. Chora otrzymała domięśniowo 60 cm^3 surowicy przeciwzgorzelinowej, nazajutrz dalsze 90, wreszcie w trzecim dniu 60 cm^3. Stan ogólny i miejscowy chorej poprawił się już po pierwszym wstrzyknięciu surowicy; w trzecim dniu brzuch był już zupełnie płaski, miękki i nad spojeniem łonowym, nieco więcej ku stronie lewej, można było znów wyraźnie przez powłoki wyczuć guz, większy nieco niż poprzednio. Ciepłota ciała opadła do normy, leukocytoza do 11.000, samopoczucie chorej stało się zupełnie dobre i utrzymywały się tylko nadal przez czas pewien dolegliwości pęcherzowe. Guz ten znikł wreszcie po pewnym czasie.

W *przypadku drugim* chodziło o chorą lat 23, przyjętą do szpitala z powodu nacieku okołowyrostkowego. Naciek cofnął się wprawdzie po kilku tygodniach, chora jednak co pewien czas miewała zaostrzenia sprawy: bóle brzucha, wyskoki ciepłoty i dość silną bolesność uciskową okolicy kątnicy. Wobec tego, że w ciągu trzechmiesięcznej obserwacji kilkakrotnie spostrzegano tego rodzaju zaostrzenia sprawy, a prześwietlenie przewodu pokarmowego wykazało obecność w wyrostku ciała obcego, prawdopodobnie pestki, przystąpiono w początku czwartego miesiąca pobytu chorej w szpitalu do zabiegu operacyjnego. Po otwarciu brzucha nie stwierdzono żadnych śladów po nacieku. Wyrostek długi, nie wykazujący zrostów z otoczeniem, ani podostrych zmian zapalnych, usunięto. — Ciepłota ciała podniosła się w dniu zabiegu do 38^0, w dniach następnych utrzymywały się stany podgorączkowe. Ogólny stan chorej w ciągu pierwszych 4 dni był dobry, język wilgotny, brzuch miękki, gazy odchodziły samoistnie. W 5-ym dniu po operacji obraz nagle zmienił się nie do poznania. Chora rano zaczęła się skarżyć na coraz to silniejsze bóle brzucha i zatrzymanie wiatrów. Wieczorem ciepłota ciała podniosła się do 38,5^0, tętno do 120/min., język stał się suchy, ze względu zaś na bardzo znaczne wzdęcie brzucha i rozlaną jego bolesność uciskową oraz obronę mięśniową, wreszcie zły wygląd chorej, zaostrzenie rysów twarzy, nudności i podniecenie — z przerażeniem doszliśmy do wniosku, że mamy do czynienia z rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej. Pamiętając ze smutnego doświadczenia, jak beznadziejnie przedstawiają się przypadki zapalenia otrzewnej, występującego w przebiegu pooperacyjnym przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, uważaliśmy chorą za straconą i bez przekonania uciekliśmy się do surowicy, jako ostatniej deski ratunku, niewiele się wszakże po niej spodziewając. Wstrzyknięto domięśniowo 100 cm^3 surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.* Już nazajutrz rano przekonaliśmy się o znacznej poprawie stanu chorej: ciepłota ciała opadła do 37,8^0, tętno do 100/min., wiatry odeszły, brzuch okazał się mniej wzdęty, mniej na ucisk tkliwy, język mniej suchy. Zmniejszyły się też bóle brzucha i niepokój chorej. Wobec tak niewątpliwej poprawy podaliśmy chorej dalsze 80 cm^3 surowicy. W dniu następnym stan chorej przedstawiał się już zupełnie dobrze. Ciepłota ciała opadła do 37,5^0, tętno do 80/min., język był wilgotny, brzuch płaski, niebolesny, gazy odchodziły samoistnie, bóle zupełnie ustąpiły. Stany podgorączkowe utrzymywały się jednak nadal, wytworzył się naciek nad prawym talerzem biodrowym i w 4-ym tygodniu otwarliśmy wielki ropień.

Obydwa te przypadki mogły budzić pewne zastrzeżenia co do tego, czy mieliśmy do czynienia z rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej. Rzeczywiście rozpoznanie nie zostało potwierdzone na stole operacyjnym (schorzenie wystąpiło w pewien czas po zabiegu), a na szczęście i sekcyjnym, i zadowolnić się musimy rozpoznaniem klinicznym. W obydwu przypadkach obraz kliniczny, pogarszający się z godziny na godzinę, był jednak tak typowy, że dla nas, którzyśmy to obserwowali, żadnych wątpliwości być nie może. Jesteśmy głęboko przekonani, że obydwa przypadki bez zastosowania surowicy przeciwzgorzelinowej zakończyłyby się fatalnie. Jest to jeszcze jeden dowód wielkiej wartości leczniczej tej surowicy — i jeszcze jedno wskazanie do stosowania surowicy. W tego rodzaju przypadkach byliśmy dotychczas zupełnie bezsilni i traciliśmy wszystkich chorych bez wyjątku.

W jednym przypadku zastosowaliśmy surowicę wieloważną „Peritosan" Klawego pragnąc zapobiec wystąpieniu zapalenia otrzewnej. Chodziło o 29 letnią chorą z prawostronnym roponerczem, powikłanym wytworzeniem się przetoki w linii pachowej tylnej poniżej XI żebra. Wobec cienkości ścian torbieli z jednej strony, z drugiej zaś — mocnego przylegania otrzewnej do ścian miedniczki nerkowej, w czasie zabiegu, który przedstawiał wielkie trudności techniczne, zaszło podwójne powikłanie: pękła torbiel roponercza i otwarta została otrzewna. Otwór w otrzewnej zaszyto, ranę powstałą po usunięciu roponercza sączkowano, chorej zaś, silnie wyniszczonej, która bardzo źle zniosła zabieg operacyjny, poza infuzją dożylną i środkami nasercowymi wstrzyknięto 100 cm³ surowicy domięśniowo. W dniu następnym podano jej dalsze 100 cm³ surowicy. W 4-ym dniu po zabiegu spadek ciepłoty do normy. Przebieg pooperacyjny niczym nie był powikłany. Uniknęliśmy więc zapalenia otrzewnej, którego szczególnie obawialiśmy się. Prawdopodobnie zawdzięczamy to podanej surowicy, choć dowieść tego nie ma sposobu.

Tę samą surowicę stosowaliśmy w przypadku ropnego zapalenia otrzewnej niewyjaśnionego pochodzenia. Chodziło o 12-letniego chłopca, operowanego w 3-im dniu choroby. Po otwarciu brzucha stwierdzono obecność dużej ilości wolnego płynu mętnego. Punktu wyjścia sprawy nie udało się wykazać. Usunięto więc wyrostek, nie wykazujący właściwie nawet podostrych zmian zapalnych, po czym powłoki brzuszne zaszyto szczelnie. W ciągu pierwszych trzech dni po zabiegu stan chorego stale się pogarszał. Ciepłota ciała dochodziła wprawdzie tylko do 38°, tętno było jednak szybkie, powyżej 120/min., dziecko stale było niespokojne, wymiotowało, brzuch miało silnie wzdęty. Wobec pogarszania się stanu ogólnego, narastania objawów otrzewnowych i wykazania obecności enterokoków w płynie ropnym, pobranym z otrzewnej, wstrzyknięto dziecku domięśniowo 60 cm³ „Peritosanu" w trzecim dniu po zabiegu, a w dniu następnym dawkę tę powtórzono. Dziecko zagorączkowało wprawdzie do 41,8° stan jednak miejscowy i ogólny uległ nagłej poprawie, objawy otrzewnowe znikły, ciepłota ciała rychło opadła do normy, zapalenie zaś prawej ślinianki przyusznej, które zjawiło się w międzyczasie, nie przybrało charakteru ropnego, lecz ustąpiło pod wpływem leczenia zachowawczego.

Niewątpliwie wielokrotnie spostrzegane korzystne działanie surowicy przypisać musimy jej własnościom odtruwającym. Ujawniało się ono już wkrótce po podaniu surowicy. Poprawiał się wygląd i stan chorego, znikała „facies abdominalis"; uderzało to szczególnie u chorych, u których tego rodzaju poprawy już nie spodziewa-

liśmy się. Tętno zwalniało, gorączka opadała wcześnie, czynność zaś jelit rychło wracała do normy. *Spitzer* stwierdzał ponadto u tych chorych charakterystyczne zmiany w obrazie krwi: ustępowało przesunięcie wzoru Schillinga w lewo i zwiększała się znacznie ilość monocytów. Leczenie surowicą nie pozostało również bez wpływu na gojenie się rany operacyjnej; ropienie rany w przypadkach sączkowanych było znacznie mniejsze niż normalnie, wskutek czego czas leczenia szpitalnego chorych ulegał znacznemu skróceniu. Z tych też względów nie wahaliśmy się przeprowadzać tego leczenia u chorych szpitalnych, mimo dość znacznych związanych z nim kosztów (przeciętnie około 50 zł). Koszty te zresztą w naszych warunkach są niemal dwukrotnie mniejsze od kosztów związanych z przetaczaniem krwi.

Jeśli chodzi o wskazania do leczenia surowicą, to sam *Weinberg* polecał jej stosowanie nie tylko u chorych operowanych, lecz również w tych spóźnionych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, w których mimo burzliwych objawów ze względu na ograniczanie się toczącej się w brzuchu sprawy nie decydujemy się już na zabieg i zajmujemy stanowisko wyczekujące; twierdził przytem, że niejednokrotnie widział w tego rodzaju przypadkach pomyślny wpływ surowicy na dalszy przebieg choroby. Wreszcie, poza przypadkami zapalenia wyrostka robaczkowego i powyrostkowego zapalenia otrzewnej, stosowano surowicę z mniej pomyślnym skutkiem u chorych, u których zapalenie otrzewnej powstało wskutek przedziurawienia innych odcinków przewodu pokarmowego.

Polecano ją wreszcie stosować zapobiegawczo przy dużych zabiegach na żołądku i jelitach. *Papin* twierdzi, że posługuje się nią stale przy wszystkich zabiegach przeprowadzanych na pęcherzu, w szczególności przy wyłuszczaniu sterczu drogą nadłonową.

Wyniki dotychczas przez nas uzyskane w tak różnorodnych przypadkach, które przytoczyliśmy dla wykazania zarówno leczniczych, jak zapobiegawczych możliwości surowicy przeciwzgorzelinowej, względnie surowicy przeciw zapaleniu otrzewnej, nie pozostawiają właściwie nic do życzenia. Nie łudzimy się jednak ani przez chwilę, że leczenie surowicą przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego pozwoli sprowadzić śmiertelność ich do zera. Podobnie zapatruje się na tę sprawę *Weinberg*. Podkreślając, że uzyskane wyniki znacznie przeszły najśmielsze nawet pierwotne jego oczekiwania, w wielkiej bowiem większości powikłanych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego wprowadzone przezeń surowice okazały się bardzo skuteczne, uważa a priori za niemożliwe wyleczenie w ten sposób wszystkich przypadków z tego przede wszystkim względu, iż zdarzać się od czasu do czasu muszą zakażenia ciężkie, wywołane przez jeden z mikrobów, przeciw którym surowica nie zawiera niweczników.

Przy każdym leczeniu surowicą szereg czynników odgrywa ważną rolę i ma decydujący wpływ na to, czy leczenie to okaże się skutecznym. Na podstawie zdobytego doświadczenia klinicznego nie trudno też ustalić warunków, jakich w przypadkach zapalenia otrzewnej przestrzegać należy dla uzyskania dobrych wyników leczniczych.

Z ogólnego zestawienia wszystkich dotychczas leczonych przypadków wynika, że wprawdzie wszystkie stosowane surowice okazały się skuteczne, mniejszą jednak śmiertelność uzyskano w przypadkach, w których stosowano surowicę mieszaną, niż w tych, w których podawano chorym wyłącznie surowicę przeciwzgorzelinową. Róż-

nica ta jest wprawdzie nie wielka, a obliczenie może być nie zupełnie ścisłe z tego względu, że znacznie, niemal dwukrotnie większą ilość przypadków leczono przy pomocy surowicy mieszanej, niż przeciwzgorzelinowej. Świadczy to jednak równocześnie o tym, że surowica mieszana, skierowana zarówno przeciw beztlenowcom, jak i szeregu tlenowców, więcej wszystkim przemawia do przekonania. Różnorodność flory bakteryjnej, znajdowanej w chorym wyrostku i w płynie ropnym, pochodzącym z jamy brzusznej była przy tym przyczyną, że chirurdzy uciekali się w tych przypadkach do różnych surowic leczniczych, z tych czy innych względów uważanych przez nich za najwłaściwsze. W wyborze zresztą tej czy innej surowicy swoistej wyjątkowo tylko kierowano się wynikiem badania bakteriologicznego ropy, nie tylko dlatego, że nie każda pracownia szpitalna pozwolić sobie mogła na hodowlę bakterii beztlenowych, lecz głównie z tego względu, że nie w każdym przypadku ropnego zapalenia otrzewnej decydowano się czekać dni kilka na wynik badania. Szereg zresztą autorów tłumaczy uzyskane zawody tym właśnie, że stosowana przez nich surowica nie zawierała niweczników, skierowanych przeciw drobnoustrojom, które były przyczyną zapalenia otrzewnej w poszczególnych przypadkach.

Warunkiem pierwszorzędnej wagi jest możliwie wczesne podanie surowicy. Niewątpliwie większość niepomyślnych wyników leczenia surowicą ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego przypisać należy zbyt późnemu rozpoczęciu leczenia swoistego. Surowica może się okazać skuteczna tylko w tym okresie zatrucia ustroju, kiedy związek między toksynami a komórkami jest jeszcze luźny i odwracalny, kiedy jeszcze nie nastąpiła śmierć komórki. Wprawdzie szereg autorów podnosi, że udało im się dzięki dużym dawkom surowicy wyleczyć szereg przypadków bardzo spóźnionych, nawet chorych znajdujących się już w agonii. Niewątpliwie też w przypadkach tych skutek leczenia jest najefektowniejszy i najbardziej przekonywujący nawet dla sceptyków. Inni wszakże byli w podobnych przypadkach mniej szczęśliwi i tym tłumaczą uzyskane zawody, twierdząc, że na przypadki bardzo spóźnione surowica nie okazuje większego wpływu *(Prochnow)*. Przemawiają za tym również wyniki naszych dawniejszych doświadczeń — czas, w którym stosowaliśmy surowicę, decydował o wyniku. Stąd konieczność jaknajwcześniejszego stosowania surowicy. O słuszności takiego ujęcia sprawy świadczą również badania doświadczalne *Perrando,* które wykazały ponad wszelką wątpliwość, że czas, w jakim zastosowana została surowica, w bardzo znacznym stopniu odbijał się na uzyskanych wynikach. Wielu autorów zupełnie słusznie poleca rozpocząć leczenie surowicą jaknajwcześniej, jeszcze na stole operacyjnym, z tego również względu, że tylko uśpienie zapobiega zupełnie pewnie wystąpieniu wstrząsu anafilaktycznego po wprowadzeniu dużej ilości surowicy.

Również sposób stosowania surowicy nie powinien pozostawać bez wpływu na wynik leczenia; na podstawie jednak wyników, uzyskanych przez poszczególnych autorów, niepodobna wyciągnąć wniosku o tym, jaki sposób stosowania surowicy jest najlepszy. Większość, jeśli liczyć i tych, którzy równocześnie wprowadzali surowicę do ustroju chorego różnymi drogami, wstrzykiwała ją domięśniowo. Sposób ten, tam gdzie chodzi o podanie dużej dawki surowicy, wydaje się nam najracjonalniejszy. Zdania jednak poszczególnych autorów co do tego, jaki sposób stosowania surowicy jest najlepszy, nie

brzmią bynajmniej zgodnie. Jedni wprowadzają ją dootrzewnowo, inni podają dożylnie, domięśniowo, względnie podskórnie. Myśląc o szkodliwym miejscowym wpływie na ściany jelit znajdującego się w otrzewnej wysięku ropnego zawierającego beztlenowce, chciano przede wszystkim unieszkodliwić zarazki, związać wydzielane przez nie jady w miejscu ich wytwarzania się. Praktycznie rzecz biorąc, wlewanie surowicy do otrzewnej mogłoby mieć pewne uzasadnienie w tych tylko przypadkach, w których zaszywamy szczelnie powłoki brzuszne. W przypadkach bowiem sączkowanych narażamy się na to, że większą część surowicy wchłonie i odprowadzi sączek. Ponieważ zaś najczęściej stosujemy surowicę w sączkowanych przypadkach zapalenia otrzewnej, jako najcięższych i dających najgorsze rokowanie, sposób ten przeważnie w grę wchodzić nie może. Możnaby wysunąć zresztą pewne zastrzeżenia również co do tego, czy i w przypadkach, w których szczelnie zaszywamy powłoki brzuszne, wlewać należy do brzucha większą ilość płynu, chociażby nawet działającego leczniczo, skoro płyn ten z niewątpliwie nie mniej korzystnym skutkiem wprowadzić możemy do ustroju na innej drodze.

Sprawa zależności między sposobem wprowadzania surowicy, a jej działaniem na ustrój była już poruszona w piśmiennictwie. Skuteczność działania surowicy przeciwbłoniczej w zależności od sposobu wprowadzenia jej do ustroju określił *Berghaus.* Obliczył on, że surowica wstrzyknięta dożylnie działa 500 razy silniej, niż podana podskórnie i 90 razy silniej, niż wprowadzona domięśniowo. Jeśliby spostrzeżenia *Berghausa,* dotyczące surowicy przeciwbłoniczej, miały się okazać słuszne i dla innych surowic, należałoby w najcięższych przypadkach uciekać się do dożylnego wprowadzania surowicy, zachowując przy tym oczywiście wszystkie środki ostrożności, w celu uchronienia chorego przed wstrząsem anafilaktycznym. Wiadomo, że niebezpieczeństwo wstrząsu tym jest większe, im więcej wprowadzamy surowicy dożylnie. Po wstrzyknięciu 100 cm^3 surowicy spostrzegano wstrząs w 50% przypadków, po 200 cm^3 — we wszystkich. Uprzednie wstrzyknięcie 1 cm^3 surowicy w celu odczulenia chorego nie zabezpiecza niestety pewnie przed wstrząsem. Stwierdzono natomiast ponad wszelką wątpliwość, że w powstawaniu wstrząsu anafilaktycznego olbrzymią rolę odgrywa pobudliwość układu nerwowego. Po wstrzyknięciu choremu dużych nawet ilości surowicy w uśpieniu ogólnym nigdy nie spostrzegano objawów wstrząsu, podczas gdy nawet po wstrzyknięciu dożylnym niewielkich ilości surowicy bez uśpienia — widywano zejścia śmiertelne. Uśpienie ogólne jest więc zatem tym czynnikiem, który w sposób zupełnie pewny chroni przed wystąpieniem wstrząsu. Wynika stąd, że należy wstrzykiwać surowicę pod koniec zabiegu, kiedy chory znajduje się jeszcze w uśpieniu. W okresie pooperacyjnym można już bezpiecznie wprowadzać dalsze dawki surowicy bez obawy wywołania wstrząsu, gdyż pierwsza dawka wprawia już chorego w stan antianafilaksji (ananafilaksji). W warunkach tych więc w przypadkach ciężkich można nawet wprowadzać surowicę dożylnie. To też wielu autorów, przyjmując że skuteczność działania odtruwającego surowicy pozostaje w stosunku prostym do jej stężenia, uważa za najwłaściwszą drogę dożylną, twierdząc, że w ten sposób najłatwiej zadziałać można na krążące we krwi jady bakteryjne. W większości jednak przypadków zupełnie wystarcza bardziej bezpieczne wstrzykiwanie domięśniowe. Postępowaliśmy w ten sposób u wszystkich na-

szych chorych, uzyskując nawet w najcięższych przypadkach dobre wyniki.

Nieporównanie większe znaczenie od sposobu podania surowicy posiada stosowanie odpowiednich jej dawek. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń odnosi się wrażenie, że znaczną część zawodów przypisać należy wprowadzeniu niedostatecznej ilości surowicy. Ostrożne dawkowanie, zrozumiałe w zaraniu seroterapii zapalenia otrzewnej, obecnie zastąpione być winno przez podawanie dużych dawek surowicy, niezbędnych dla zwalczenia tak ciężkiego zakażenia i sprawy tak rozległej, jak rozlane ropne zapalenie otrzewnej. Jeśli jednak o potrzebną dawkę chodzi, to napróżno doszukiwalibyśmy się w piśmiennictwie zgodności. Widocznie leczenie surowicą rozlanego zapalenia otrzewnej nie przyjęło się jeszcze na tyle, aby jego zasady można było uważać za zupełnie ustalone. Sprawa zawodów leczenia surowicą przypadków spóźnionych niewątpliwie częstokroć pozostaje w związku z podaniem niedostatecznej ilości surowicy. Wynika stąd konieczność stosowania dużych dawek w leczeniu zapalenia otrzewnej. Potwierdzenie tego, że surowica podana tylko w dostatecznie dużych ilościach może być skuteczna, znajdujemy w doświadczeniach *Chiariego* i *Kunza.* Z doświadczeń tych wynika, że te tylko z pośród świnek morskich, którym wstrzyknięto dootrzewnowo hodowlę b. perfringens udało się utrzymać przy życiu, które otrzymały równocześnie dostateczną ilość surowicy. Wynika to również z naszych dawniejszych doświadczeń i z doświadczeń szeregu autorów, którzy nie wyciągnęli z nich jednak właściwego wniosku. *Wiśniewski* stwierdza, że uzyskał lepsze wyniki lecznicze u małych dzieci, niż u dzieci starszych powyżej lat pięciu. Wszystkim wszakże dzieciom podawał po 40 cm^3 surowicy przeciwzgorzelinowej. Nic dziwnego, że surowica okazała się bardziej skuteczna u dzieci młodszych, niż u straszych. Dawka stosowana przez *Wiśniewskiego* wystarczała widocznie do zwalczania zakażenia u małych dzieci, okazała się natomiast niewystarczająca dla dzieci starszych. *Weinberg* poleca podawać dorosłym jednorazowo 60 — 80 cm^3 surowicy. Inni podają naraz jeszcze większe ilości. Nie można bowiem, z powodu braku czasu na podobne eksperymenty, wprowadzać początkowo małej dawki i powiększać ją w razie potrzeby. *Bazy* twierdzi, że tylko stosowanie od początku dużych dawek surowicy pozwala najlepiej opanować zakażenie i uniknąć t. zw. „adaptacji bakterii", zjawiska niezmiernie ciekawego, tłumaczącego fakt na pozór zgoła niezrozumiały, dlaczego np. przy ogólnym zakażeniu paciorkowcowym, dzięki wprowadzeniu niewystarczającej dla wyleczenia dawki surowicy, udaje się uniknąć rychłej śmierci chorego, ginie on jednak mimo przejściowej pozornej poprawy po pewnym czasie.

Z dotychczasowych doświadczeń wynika dalej, że jednorazowa duża nawet dawka nie wystarcza do opanowania sprawy chorobowej. Mieliśmy niestety sposobność przekonania się o tym z przykrością przy pierwszych próbach stosowania surowicy. Wielu autorów podnosi, że w razie potrzeby powtarza pierwszą dawkę nazajutrz, lub po dwu dniach, względnie podaje surowicę nawet kilkakrotnie. Ocena jednak potrzeby powtórnego podania surowicy nie jest widocznie łatwa, skoro wobec uzyskania niezwykłej poprawy w jednym z pierwszych leczonych przez nas przypadków, ograniczyliśmy się do jednej tylko dawki, wskutek czego straciliśmy chorego. Odtąd też z reguły wprowadzamy surowicę w odstępach 24-godzinnych, przeważnie trzykrotnie, do czasu ustąpienia wszystkich groźnych objawów i uzyskania

znacznej poprawy ogólnego stanu chorego, i leczenie surowicą uważamy za skończone dopiero wtedy, gdy już jesteśmy zupełnie pewni, że tocząca się w otrzewnej sprawa została opanowana i choremu nie grozi żadne niebezpieczeństwo.

Podnieść wreszcie należy, że leczenie surowicą przy przestrzeganiu od dawna ustalonych reguł nie kryje w sobie właściwie żadnych niebezpieczeństw dla chorego. W żadnym z leczonych przez nas przypadków nie spostrzegaliśmy wstrząsu anafilaktycznego, o którym wspomina *Weinberg*, jako o przyczynie śmierci w części przypadków leczonych przez różnych autorów, nawet mimo iż nie wszystkim chorym wprowadziliśmy pierwszą dawkę surowicy w czasie uśpienia. Choroba posurowicza wystąpiła tylko u dwu naszych chorych. Nie stanowi ona jednak powikłania, z którym należałoby się liczyć. Jak na to bowiem zwrócił uwagę *Kostrzewski*, niesłusznie była ona dawniej uważana za objaw niepożądany i nieuniknione częstokroć powikłanie, ponieważ nie zawsze przynosi ustrojowi szkodę. Niejednokrotnie miała się ona okazać nawet zbawienna w przypadkach, w których zawiodło leczenie swoiste. To też *Kostrzewski* posuwa się nawet tak daleko, iż niekiedy celowo usiłuje wywołać chorobę posurowiczą dla zachwiania stanem uczulenia ustroju i sprowadzenia jego wyładowania.

Jeśli leczenie surowicą powikłanych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego okazało się niezwykle skuteczne, co dla praktyki winno mieć nie tylko wystarczające, ale i decydujące nawet znaczenie, to przyznać jednak należy, że podstawy teoretyczne, na których oparte zostało to postępowanie wiele niestety pozostawiają do życzenia. Dzieje się to wszakże nie po raz pierwszy w medycynie, że praktyka wyprzedza teorię, dając podstawę nowym teoriom. Gdybyśmy stale o tym pamiętali, z mniejszym do różnych faktów klinicznych odnosilibyśmy się niedowierzaniem.

Wszystkie niemal wysuwane przeciwko seroterapii zapalenia otrzewnej zarzuty sprowadzają się do tego, że leczenie to, ściśle rzecz biorąc, nie może być uważane za swoiste, ponieważ posługujemy się zawsze tylko jedną z pośród niewielu wielowartościowych surowic standartowych. Dobranie do każdego przypadku odpowiedniej surowicy swoistej jest przecież nieosiągalne w czasie, nie można również przygotować surowicy wielowartościowej, któraby zawierała przeciwciała skierowane przeciw wszystkim bez wyjątku drobnoustrojom, spotykanym w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Można myśleć tylko o surowicy, skierowanej przeciw zarazkom dominującym w obrazie chorobowym i dla ustroju najgroźniejszym, jak to uczynił *Weinberg*. Chodziło tylko o przygotowanie surowicy wysokowartościowej i możliwie wieloważnej; w tym też kierunku skierowane zostały wysiłki pracowni różnych krajów, i stąd pozorna mnogość stosowanych przez różnych autorów surowic. Nie jest to może idealne, lecz jedyne możliwe rozwiązanie sprawy. Już jednak z założenia metody zdawałoby się wynikać, że surowica nie może okazać się skuteczna w przypadkach zapalenia otrzewnej wywołanego przez zarazki, przeciw którym nie zawiera niweczników.

Stosowanie surowic standartowych okazało się niezbędne i z innych jeszcze względów. Uwzględniając wagę wczesnego podania surowicy, zrozumiemy opinię tych, którzy twierdzą, że wyczekiwanie na wynik badania bakteriologicznego w przypadkach ciężkich jest stanowczo niedopuszczalne; badanie to nie powinno opóźnić podania surowicy. Były wprawdzie czynione przez zwolenników seroterapii zapalenia otrzewnej wysiłki przyśpieszenia badań bakteriologicznych: amerykanin *Jen-*

nings, posługujący się wyłącznie jednowartościową surowicą przeciw prątkowi *Welch-Fränkla* (b. perfringens), znalazł szybki sposób, pozwalający na stwierdzenie, czy drobnoustrój ten bierze udział w rozwoju sprawy zapalnej toczącej się w wyrostku. Wstrzykiwał on kroplę ropy do wątroby świnki morskiej, zabijał zwierzę po trzech minutach, wkładał je następnie na dwie godziny do cieplarki, po czym badał skrawki wątroby, i przy dodatnim wyniku badania, jeszcze przed upływem trzech godzin od zabiegu, podawał choremu surowicę. Przyspieszyć jednak dokładnego badania ropy na zawartość w niej wszystkich różnorodnych tlenowców i beztlenowców dotychczas się nie udało.

Stoimy na stanowisku, że płyn ropny z brzucha winien być pobierany do badania przy każdym zabiegu. Nie oczekując jednak na wynik badania bakteriologicznego, w przypadkach ciężkich należy podać choremu, jeszcze w uśpieniu, dużą dawkę (100 cm^3) surowicy przeciwzgorzelinowej, lub surowicy przeciw zapaleniu otrzewnej i powtórzyć tę dawkę w dniu następnym. Tylko w razie braku wybitnej poprawy stanu chorego, w przypadkach w których przeprowadzone w międzyczasie badanie bakteriologiczne ropy wykazało obecność zarazka, przeciw któremu surowica nie zawierała niweczników, myślećby można o podaniu choremu po raz trzeci, tym razem już właściwej surowicy swoistej, jeśli taka istnieje, i jeśli nią rozporządzamy. Nie postępowano dotychczas w ten sposób, i tym się też prawdopodobnie tłumaczy część zawodów, których ilość obliczyliśmy na 8,7%. Nie sądzimy jednak bynajmniej, aby dzięki takiemu postępowaniu udało się uratować wszystkich chorych, w szczególności tych, u których zatrucie postępuje niezwykle szybko, a szczególnie przypadków bardzo spóźnionych. Być może jednak, iż tego rodzaju postępowanie pozwoli w przyszłości na uzyskanie znaczniejszego jeszcze zmniejszenia się śmiertelności, chociaż i uzyskane dotychczas przy pomocy surowic standartowych wyniki nie pozostawiają już wiele do życzenia.

Niewątpliwie patogeneza zapalenia wyrostka robaczkowego i powyrostkowego zapalenia otrzewnej jest bardzo różnorodna. Wyosobniono bowiem dotychczas z wyrostków zmienionych zapalnie kilkadziesiąt gatunków tlenowców i beztlenowców. Zazwyczaj chodziło przy tym o zakażenie mieszane. Wielką wszakże rozmaitość flory bakteryjnej znajdowano niemal wyłącznie w wyrostkach zdrowych, względnie wykazujących przewlekłe zmiany zapalne. W ostrej natomiast sprawie zapalnej ilość szczepów drobnoustrojów, jak się wydaje, zmniejsza się w miarę postępowania schorzenia. W przypadkach bowiem z daleko posuniętymi zmianami ściany wyrostka, znajdowano w jego świetle już tylko 3 — 4 gatunki drobnoustrojów najbardzej żywotnych, te więc szczepy decydować musiały o charakterze zmian, dalszym przebiegu i zejściu sprawy.

Od czasu, kiedy *Veillon* i *Zuber* wykazali w treści zapalnie zmienionych wyrostków obecność beztlenowców, coraz to liczniejsi badacze przypisywali im dominujące znaczenie w powstawaniu zgorzeli wyrostka i powikłań wyrostkowych. Najczęściej spotykano je obok tlenowców, przy czym twierdzono, że równoczesny rozwój szczepów bakterii o tak różnych właściwościach przedstawiać ma nawet szczególne niebezpieczeństwa dla chorego; tym bowiem tłumaczono szybki rozwój sprawy i bardzo ciężki przebieg schorzenia. W tlenowcach widziano przyczynę występowania miejscowych zmian zapalnych, beztlenowce zaś miałyby przede wszystkim działać trująco na ustrój za pomocą toksyn. Tylko przy takim ujęciu

sprawy zrozumiałe stają się przypadki zapalenia otrzewnej, przebiegającego pod postacią ciężkiego, szybko postępującego zatrucia, jak również te przypadki, w których uderza niestosunek między ciężkością przebiegu klinicznego schorzenia, a zmianami znajdowanymi w wyrostku.

Zdaniem *Heydego,* nawet z nieprzedziurawionego wyrostka najszybciej mają przechodzić do otrzewnej drobnoustroje beztlenowe. Jady zaś beztlenowców, pozą szkodliwym ogólnym działaniem toksycznym na ustrój, okazują też działanie wybitnie miejscowe. Uszkadzają one przede wszystkim ośrodki ruchowe jelit, sprowadzając porażenną ich niedrożność. Wynikiem zahamowania ruchów robaczkowych jelit jest zastój ich treści. Pociąga to z kolei za sobą przepełnienie systemu żyły wrotnej i niedostateczny dopływ krwi tętniczej, co znów ułatwia rozmnażanie się beztlenowców i wnikanie ich ze światła do ściany jelit. Błędne to, jak mówi *Bylina,* koło wzajemnie potęgujących się czynników, prowadzi w końcu do zejścia śmiertelnego.

Najbardziej jadowitym z pośród beztlenowców i równocześnie najczęściej spotykanym w przypadkach zgorzeli wyrostka jest prątek *Welch - Fränkla* (bac. perfringens). Prace doświadczalne *Chiariego i Kunza, Steinberga i Bernhardta* świadczą przekonywująco o tym, że śmierć w przypadkach zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego występuje niemal wyłącznie na skutek zatrucia toksynami prątka *Welch - Fränkla* i prątków okrężnicy. Z prac *Weinberga* wynika, że najczęściej w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego znaleźć można w chorym wyrostku 2 — 3 rodzaje mikrobów, rzadziej 4 — 5, bardzo zaś rzadko 6 lub 7. Wyjątkowe są również przypadki, w których w wyrostku znaleziono jeden tylko rodzaj drobnoustrojów, nie chodziło więc o zakażenia mieszane. *Weinberg* naliczył ich 19 na ogólną liczbę 200 badanych wyrostków. Spostrzeżenia *Weinberga* pozwoliły również na wniosek, że im więcej rodzajów bakterii znajduje się w chorym wyrostku, tym więcej jest między nimi beztlenowców. Z pośród tlenowców najczęściej są spotykane prątki okrężnicy, po nich zaś kolejno według częstości: enterokoki, łańcuszkowce i gronkowce. Najgroźniejszego z beztlenowców — prątka Fränkla, znaleziono w 90% operowanych przypadków *Jenningsa,* w 80% przypadków *Patočki,* 50% — *Touda i Schimizu* i w 33% przypadków badanych przez *Weinberga.* Najczęściej spotykano beztlenowce w zgorzelinowym zapaleniu wyrostka robaczkowego, przy czym poza prątkiem *Welch - Fränkla* znajdował *Weinberg* znacznie mniej złośliwe: vibrio septicus, b. sporogenes, b. ramosus i szereg beztlenowców gram dodatnich. Również z badań *Löhra* i *Rassfelda* wynika, że w patologii wyrostka robaczkowego główną rolę odgrywają beztlenowce: b. perfringens [spotykany w 79% przypadków], b. tertius (37%), b. multifermentans tenalbus (35%), b. putrificus tenuis (24%), i b. sphenoides (w 22%); z pośród tlenowców zaś — prątki okrężnicy (znajdowane w 83% przypadków) i enterokoki (w 62%). Nasze badania flory bakteryjnej 58 usuniętych w czasie ostrego napadu wyrostków robaczkowych, rozpoczęte przez *Szczechowską* w Zakładzie Bakteriologii U. J. prof. *Gieszczykiewicza,* we wszystkich przypadkach wykazały obecność tlenowców i w ⅔ beztlenowców. Zawsze chodziło o symbiozę przynajmniej dwu, przeważnie zaś większej ilości szczepów bakterii. Z tlenowców, w porządku kolejnym pod względem częstości, znaleziono prątki okrężnicy w 53 przypadkach, paciorkowce — w 43, enterokoki — w 22, nitki gram ujemne — w 15, gronkowce —

w 13, corynebacterium — w 12, dwoinki — w 6 i raz tetrakoki. Z pośród beztlenowców 29 razy znaleziono b. perfringens i 11 razy inne ich szczepy. Obok beztlenowców zawsze znajdowano tlenowce. Tylko w 4 przypadkach mimo zgorzeli śluzówki wyrostka nie udało się wyhodować beztlenowców. Przeważnie znajdowano je nawet w wyrostkach, w których ostre zmiany zapalne niezbyt daleko były posunięte.

Badania doświadczalne potwierdziły fakt, wynikający ze spostrzeżeń klinicznych, świadczący o szczególnej złośliwości przebiegu zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego wywołanego przez zakażenie mieszane. Doświadczenia *Alexy* in vitro i in vivo wykazały pomyślny wpływ prątków okrężnicy na rozwój b. perfringens. Większą też zjadliwość, niż każdy z tych szczepów w szczególności, posiada połączenie prątka okrężnicy z enterokokiem, enterokoka z beztlenowcami, a nawet dwu szczepów mało chorobotwórczych — enterokoka i vibrio septicus. Zwłaszcza doświadczenia szkoły *Weinberga* wykazały w sposób przekonujący wielkie pod tym względem znaczenie dla rozwoju toczącej się w wyrostku sprawy zapalnej, flory bakteryjnej mieszanej.

Mimo jednak tak różnorodnej patogenezy zapalenia wyrostka robaczkowego i powyrostkowego zapalenia otrzewnej, wyniki leczenia przy pomocy surowicy przeciwzgorzelinowej, bądź różnorodnych surowic mieszanych, okazały się niezwykle korzystne. W wielu przytem przypadkach spostrzegano zjawisko na pozór paradoksalne: dobry wynik leczniczy pod wpływem surowicy przeciwzgorzelinowej w przypadkach, w których badanie flory bakteryjnej nie wykazało obecności żadnego z beztlenowców, przeciw którym była przygotowana surowica.

Już *Weinberg* zwrócił uwagę na to ciekawe zjawisko i usiłował je wyjaśnić. Twierdził on, że poszczególne rodzaje surowic, wchodzących w skład surowicy wielowartościowej, odgrywają niejako podwójną rolę: z jednej strony działają zuwarte w nich przeciwciała swoiste, z drugiej zaś okazują korzystny wpływ na przebieg choroby przeciwciała odpornościowe zawarte w normalnej surowicy końskiej. Właściwości antytoksyczne i bakteriobójcze surowicy normalnej są wprawdzie o wiele słabsze, niż surowic swoistych, często jednak wystarczy w nieznacznym tylko stopniu dopomóc ustrojowi, aby mógł on wykorzystać własne swe siły dla skutecznego zwalczania zakażenia względnie zatrucia. *Weinberg* nazywa to działanie surowicy normalnej wchodzącej w skład surowicy przeciwzgorzelinowej „paraspecyficznym”.

Z drugiej znów strony badania *Weinberga* i *Ginsbourga* wykazały, że można zwalczyć zakażenie wielobakteryjne przy pomocy jednowartościowej surowicy swoistej, jeśli tylko działanie jej jest skierowane przeciwko zarazkowi odgrywającemu w zakażeniu dominującą rolę. Surowica przerywa groźne działanie zespołowe zarazków, unieszkodliwiając drobnoustroje najgroźniejsze, przez co ułatwia ustrojowi zwalczenie pozostałych bakterii, odgrywających w zakażeniu podrzędną rolę. Zjawisko to nazwał *Weinberg* „kataksją”.

Niezwykłą wreszcie wartość leczniczą surowicy wieloważnej, przygotowanej przez zmieszanie ze sobą kilku surowic jednowartościowych, przypisują *Weinberg* i *Barotte* zjawisku, które nazwali „fenomenem synergii przeciwciał”. Zjawisko to, o którego istnieniu autorzy wielokrotnie mieli sposobność się przekonać, ma polegać na tym, że przeciwciała, zawarte w małych ilościach w surowicach normalnych, wzgl. surowicach leczniczych dla danego przypadku nieswoistych, potęgują znacznie działanie przeciwciał swoistych,

zawartych w każdej z surowic jednowartościowych, wchodzących w skład surowicy mieszanej. Stąd też n. p. surowica wielowartościowa okazuje się w przypadkach zakażenia wywołanego przez b. perfringens znacznie bardziej skuteczna, niż surowica jednowartościowa, zawierająca niweczniki skierowane wyłącznie przeciw temu zarazkowi.

Przy pomocy trzech tych zjawisk: paraspecyficznego działania surowicy, fenomenu kataksji i fenomenu synergii przeciwciał usiłuje więc *Weinberg* rozszerzyć pojęcie o swoistym działaniu surowic przy zakażeniu wielobakteryjnym.

Od kilku lat wszakże jesteśmy świadkami poważnego sporu co do tego, czy działanie surowic leczniczych jest swoiste. Spór ten toczy się wprawdzie dokoła surowicy przeciwbłoniczej, leczenia zdawałoby się najbardziej rozpowszechnionego i ugruntowanego; w istocie chodzi tu wszakże, jak to podkreśla *Kostrzewski,* o sprawę bardziej zasadniczą, bo o samą myśl przewodnią leczenia swoistego. Opierając się na bynajmniej nie wyjątkowych zawodach w leczeniu błonicy mimo stosowania olbrzymich dawek surowicy swoistej, szereg autorów wyciąga śmiały wniosek, że w działaniu swym niczym właściwie nie różni się ona od normalnej surowicy końskiej, że chodzi tu tylko o nieswoisty wpływ białka obcogatunkowego, wprowadzanego do ustroju drogą pozajelitową. Pogląd ten reprezentuje u nas od szeregu lat *Kostrzewski.* Przypisuje on wielkie znaczenie surowicy normalnej, niesłusznie uważanej dotychczas tylko za „vehiculum" dla jednostek odpornościowych, twierdząc, że rzeczywistość ukazała ją w zupełnie innym świetle, niżby to wynikało z założeń leczenia swoistego; podnosi potężny czynnik leczniczy surowicy normalnej, z którego korzysta chętnie i często. Twierdzi dalej, że surowica swoista różni się od normalnej tylko zawartością energii — za energię a nie materię uważa bowiem wszystkie przeciwjady, które stanowią o swoistych własnościach surowicy leczniczej. Podkreśla jednak równocześnie, że energią tą, nagromadzoną uprzednio w surowicy normalnej, możemy się posługiwać nie inaczej, jak tylko przy pomocy surowicy swoistej. Wynikałoby stąd, że nawet autorzy przekonani o nieswoistym działaniu surowic, uważają, że surowice swoiste są nie do zastąpienia. Jeśli więc nawet działanie surowicy przeciwzgorzelinowej, względnie surowicy przeciw zapaleniu otrzewnej, chcielibyśmy uważać za nieswoiste, za zwykłe leczenie bodźcowe, to musimy przyznać, że surowice te okazały się bezwzględnie najlepszym z pośród różnorodnych środków przeznaczonych dla tego rodzaju leczenia bodźcowego. To też winny być one wyłącznie nadal stosowane, skoro okazały się w klinice najskuteczniejszym środkiem leczniczym w przypadkach zapalenia otrzewnej.

Jeśli jednak utożsamiano działanie surowic swoistych z leczeniem bodźcowym przy pomocy obcego białka, to bardziej uzasadniona wydaje się nam pewna analogia między podawaniem surowicy, a przetaczaniem krwi. Analogia ta nasuwa się tym bardziej, że przecież w poszukiwaniach środka zastępczego krwi, mającego na celu uniezależnienie się od dawcy, zatrzymano się w swoim czasie na surowicy normalnej. Niejednokrotnie spostrzegano zarówno po transfuzji, jak i po samym wprowadzeniu surowicy, równolegle z poprawą ogólnego stanu chorego, zwiększenie się ilości krwinek, hemoglobiny i wzrost lipazy we krwi. To też niektórzy widzieli w surowicy niemal idealny środek zastępczy, bo fizjologicznie najbardziej do krwi zbliżony i dowodzili nawet, że samo przetaczanie krwi zawdzięcza swą skutecz-

ność w większym znacznie stopniu surowicy, niż krwinkom czerwonym. Analogia między obydwiema tymi metodami leczniczymi wynika z faktu, że w szeregu tych samych ciężkich schorzeń znalazły one zastosowanie i okazały się niemal równie skuteczne, względnie zawodziły równie często. Mam na myśli przypadki ropnicy, w których na podstawie spostrzeżeń, że lepsze wyniki otrzymywano w przypadkach, w których po transfuzji występował silny odczyn ogólny, wynikałby fakt przeczący podstawowym zasadom transfuzji, iż korzystniej jest nawet posługiwać się krwią dawcy grupy zerowej, niż używać krwi tej samej grupy. Nowe wreszcie drogi, jakimi kroczy wielka już dziś nauka o przetaczaniu krwi, zbliżając ku sobie obydwa zagadnienia, sprawiają, że znaleść się one muszą wkrótce na jednej płaszczyźnie. Chodzi o konserwację krwi, o „częściowe" przetaczanie krwi, polegające, jak chce *Fonio,* na rozdzielaniu krwi na poszczególne składniki i stosowanie tego z nich tylko, który w danym przypadku okaże się niezbędny, wreszcie o przetaczanie krwi uodporniające. To ostatnie („Immuntransfusion" autorów niemieckich) sprowadza się do przetaczania krwi szczególnie dobranej, zawierającej swoiste dla poszczególnych chorób ciała odpornościowe, krwi pochodzącej od rekonwalescentów po przebytej chorobie, względnie od osób, które specjalnie w tym celu uodpornione zostały przy pomocy szczepionek. Przetaczanie dużych ilości tego rodzaju krwi odwłóknionej, bez domieszki środków hamujących krzepnięcie, niedawno dopiero zostało zapoczątkowane i nie dało dotychczas zdecydowanie pewnych wyników. Analogia między działaniem w pewnych przypadkach krwi przetoczonej a wprowadzonej surowicy leczniczej naprowadza również na myśl, że sposób stosowania obu metod winien być podobny. Skoro bowiem surowica spełnić ma to samo zadanie, co przetaczana krew uodporniająca, stosowanie jej należałoby oprzeć na zasadach przyjętych dla przetaczania krwi, tj. w pierwszym rzędzie wprowadzać duże jej ilości (100 cm^3 surowicy odpowiada mniej więcej 200 cm^3 krwi całkowitej). A przecie w przypadkach ciężkich zakażeń i zatruć wszyscy autorzy podkreślają zgodnie, że tylko przetaczanie dużych ilości krwi bywało niekiedy uwieńczone pomyślnym skutkiem. Stąd stosowanie dużych dawek surowicy w przypadkach zapalenia otrzewnej tym głębsze znajduje uzasadnienie.

Szereg czynników składa się na to, aby leczenie surowicą przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego jaknajrychlej znalazło powszechne zastosowanie. Wprawdzie zapalenie wyrostka robaczkowego daje obecnie niewielką odsetkę śmiertelności. Nie dotyczy to jednak przypadków zapaleń ostrych, zwłaszcza powikłanych, w których odsetka ta nie jest bynajmniej mała. Niewątpliwie wyniki leczenia operacyjnego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, w szczególności jego postaci najcięższych, powikłanych rozlanym zapaleniem otrzewnej, są dziś nieporównanie lepsze, niż przed kilkunastu jeszcze laty. Zawdzięczamy to w pierwszym rzędzie szczelnemu zaszywaniu jamy brzusznej w szeregu przypadków, w których do niedawna uważaliśmy za konieczne pozostawienie w brzuchu drenów i sączków. Mimo to wszakże z przeróżnych zestawień statystycznych bezsprzecznie wynika, że bezwzględna ogólna śmiertelność z powodu zapalenia wyrostka w ostatnich czasach wzrasta. Duża ilość ludzi ulega temu schorzeniu; to też zapalenie wyrostka robaczkowego rokrocznie pociąga za sobą dziesiątki tysięcy ofiar. Giną przy tym ludzie młodzi i dojrzali. Według niektórych obliczeń nie mniej ludzi przed

40 rokiem życia umiera z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, niż ludzi po 50-tce z powodu raka. *Glatzel* na ostatnim zjeździe podnosił, że ginie rokrocznie dziesiątki tysięcy osób z powodu powyrostkowego zapalenia otrzewnej. Pozostaje to niewątpliwie w związku z częstszym niż w latach ubiegłych występowaniem zapalenia wyrostka, względnie z większą złośliwością schorzenia, gdyż wskutek lepszego uświadomienia publiczności stosunkowo coraz mniej przypadków zaniedbanych dostaje się do rąk chirurga. Mówi się, że w przeważnej części przypadków możnaby uniknąć śmierci przy wczesnych zabiegach i że pewna tylko odsetka tych śmierci jest nie do uniknięcia z powodu ciężkości zakażenia i dołączającego się zapalenia otrzewnej. Jednakże i przypadki zaniedbane ze względu chociażby na nasuwające się niekiedy wielkie trudności rozpoznawcze zdarzać się będą zawsze i wszędzie. Sam zabieg operacyjny nie rozwiązuje niestety sprawy leczenia wszystkich powikłanych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego. Sprowadza się on do usunięcia pierwotnego źródła zakażenia — chorego wyrostka i zabezpieczenia do pewnego stopnia otrzewnej przed dalszym jej zakażeniem z miejsc sąsiadujących z chorym wyrostkiem, najsilniej przeto uszkodzonych. Właściwą obronę przed skutkami powstałego już zakażenia i przed dalszym postępowaniem sprawy w otrzewnej pozostawiamy bardzo już w tych przypadkach nadwątlonym siłom chorego. Jest on tylko leczeniem objawowym, zupełnie chybionym w przypadkach, w których siła zakażenia przewyższa siły ustroju. Ponieważ zaś w tych ostatnich przypadkach wszystkie środki zostały wyczerpane i poza surowicą okazały się bezskuteczne, stosowanie surowicy w zapaleniu otrzewnej pochodzenia wyrostkowego stać się winno tak samo powszechnie obowiązującym, jak to ma miejsce w błonicy.

Dla tych, dla których pojęcia zakażenia i odporności pozostają nadal dogmatami, tylko surowica swoista, która jest w stanie związać zarówno jady bakteryjne we krwi krążące, jak i pozostające w luźnym jeszcze związku z komórkami ustrojowymi, winna stanowić właściwe leczenie przyczynowe. Podawanie w tych przypadkach surowicy w przebiegu pooperacyjnym jest więc jedynym logicznym rozwiązaniem sprawy. Jedynie bowiem surowica swoista, zawierająca gotowe ciała odpornościowe, zdolna jest zobojętnić jady bakteryjne w sposób szybki, bez wysiłku ze strony chorego, na który zwykle go nie stać.

Dla tych, co nie wierzą w swoistość leczenia, niech wystarczy fakt, że surowica przeciwzgorzelinowa, względnie surowica mieszana przeciw zapaleniu otrzewnej, okazała się w tych przypadkach najpotężniejszym i najskuteczniejszym z pośród środków przeznaczonych dla leczenia bodźcowego.

O skuteczności tego leczenia świadczą zupełnie przekonywująco wyniki uzyskane przez 40 przeszło autorów, a więc doświadczenie cudze. Również własny nasz materiał, choć niewielki, jest pod tym względem dość wymowny. Nie czekamy więc na nagromadzenie się większej ilości spostrzeżeń, lecz dzielimy się dotychczasowym doświadczeniem własnym. Czujemy się w obowiązku jaknajrychlej sprostować błąd, który przedostał się do artykułów i pokutuje w podręcznikach, kategorycznie zaprzeczyć błędnej famie, głoszącej, że dotychczas podjęto nieliczne tylko próby dla stwierdzenia wartości leczenia surowicą przypadków rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego i że próby te okazały się chybione. Pośpiech jest wskazany tym bardziej, że ta niezgodna z

prawdą, a wielce szkodliwa dla sprawy opinia znalazła niestety wiarę u ogółu lekarzy i jest jedną z najważniejszych przyczyn liczebnie wielkiej dziś jeszcze umieralności z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego.

PIŚMIENNICTWO

Balogh, Münch. med. Wchschr. 1932, nr. 51, *Benthin*, Mediz. Klinik 1933, I. s. 595, *Bonnamy*, Soc. Chir. de Paris IV. 1927, *Berghaus* cyt. u Nobla, *Bylina, Ostrowski i Zeyfert*, Rozpr. XXVI. Zjazdu Chir. Pol. 1931, *Chiari, Kunz*, Arch. Klin. Chir., t. 181, s. 715, *Clavelin*, Bull. Mem. de la Soc. Nat. Chir., 1925, s. 567, *Delbet*, Presse Med. 1920, s. 750, *Dick*, Brun's Beitr, t. 154 s. 241, *Duran*, Rev. Cir. Barcelona t. 11, 1936 (Ref. Ztrorg., t. 80, 1937), *Duval, Ameline*, Bull. Mem. de la Soc. Nat. Chir., 1931. s. 513, *Gundel, Süssbrich*, Zbl. Chir. 1934, nr. 6; Klin. Wchschr., 1934, s. 1235, *Gundel*, Arch. Klin. Chir., t. 172, *Gutwiński*, Zbl. Chir., 1934., s. 1142, *Henschen*. Arch. Klin. Chir., t. 174, s. 339, *Jennings*, cyt. Prochnow, *Kappel*, Zbl. Chir. 1936, s. 2015, *Katzenstein*, Zbl. Chir. 1927, nr. 24, *Kossakowski*, Pol. Przegl. chir., 1935, t. 14, *Kostrzewski*, Pol. Gaz. Lek. nr. 46, r. 1933. *Köhler*, cyt. Balogh, *Kunz*, Wien. klin. Wchschr. 1932; 1933. s. 494; Klin. Wchschr., 1934, s. 374, *Lindenmann*, cyt. Balogh. *Löhr, Rassfeld*, Die Bakteriologie der Wurmfortsatzentzündungen, Lipsk 1931, *Michel, Mathieu*, Presse Med. 1924, s. 552, *Nobel*, Chirurg, 1936, s. 767, *Mackowski*, Gaz. Lek. Śląska Polskiego, 2. I. 1937, *Oudard, Courraud*, Soc. Chir. de Paris, 7. V. 1925, *Morton, Stabin*. cyt. Prochnow, *Patočka*, Čas. Lek. Česk. 1935, s. 581, *Papin*, Presse Med. 1935, nr. 14, *Perrando*, Zbl. Chir., 1935, nr. 2, *Prochnow*, Arch. Klin. Chir., t. 179, s. 229, *Rakowatz*, These de Nancy, 1923, *Ruemann*, Münch. med. Wchschr. 1933, II. s. 1886, *Reichl*, Wien. Klin. Wchschr. 1932. s. 1288, *Robb*, cyt. Prochnow, *v. Schnitzler*, Wien. Klin. Wchschr. 1934, s. 590, *Schmiedt*, Zbl. Chir. 1936, nr. 43, *Schultze, Verner*, Arch. Klin. Chir. 1936, t. 186, *Schultze*, XXVI Zjazd chir. niem., 1936. Zbl. Chir. 1936, nr. 30. *Spitzer*, Zbl. Chir. 1934, s. 3154, *Szenicer, Goldstein, Zaleski, Sokołowski, Szerszyński*, Rozprawy pos. Tow. Chir. Warsz. 28. V. 1934, *Stöger*, Wien. Med. Wchschr. 1932, II, *Sturm*, cyt. Balogh. *Touda, Schimizu*, C. R. de la Soc. de Biologie, t. 110, s. 338, 1932. *Verner*. Čas. Lek. Česk., 1936, s. 853. *Vorschütz*, Zbl. Chir. 1934, s. 1976. *Vincent*, C. R. de la Soc. de Biologie, t. 197, 1933. *Weinberg, Prevôt, Davesne, Rénard*, Ann. de l'Inst. Pasteur. t. 42, s. 1167. 1928. *Weinberg, Laquierre*, Presse. Med. 1935, s. 887. *Williams*, cyt. Weinberg, Prochnow. *Wiśniewski*, Pol. Przegl. Chir., 1937, t. 16. *Wolfsohn*, Zbl. Chir. 1931, nr. 36. *Wright, Bazy*, VI Międzynar. Kongres Chirurg. w Londynie 1923. *Zimmer*, Arch. Klin. Chir. t. 175, s. 726.

RESUMÉ

Sur la sérotherapie des péritonites diffuses d'origine appendiculaire

par

Dr J. Jasieński et Dr S. Kranz.

En tenant compte des résultats thérapeutiques connus dans la littérature obtenus par 40 auteurs dans plus de 2200 cas de péritonite appendiculaire, (8,7% de mortalité) ainsi que de l'expérience personnelle concernant 36 cas (mortalité — 0%), l'auteur se déclare enthousiaste de la sérotherapie des cas compliqués d'appendicite comme moyen thérapeutique de valeur incontestable dans les péritonites appendiculaires et comme médication prophylactique des complications péritonéales.

L'efficacité de la méthode repose sur:

1) l'emploie d'emblée, encore au cours de l'opération, des doses fortes (100 ccm pour une fois),

2) l'administration des injections du sérum, à 24 heures d'intervalle, au moins

pendant les trois premiers jours (200 — 300 ccm au total),

3) l'application soit du sérum antigangrèneux seul ou du sérum mixte, selon les caractères particuliers du pus trouvé dans la cavité abdominale; ce n'est que dans les cas soumis à la sérotherapie antigangrèneuse, dans lesquels l'amélioration clinique n'a pas été nette au cours des trois premiers jours et l'examen bacteriologique revéla la presence des aërobies — le traitement devra être renforcé par l'adjonction au sérum antigangrèneux du sérum specifique ou du sérum mixte.

Cette méthode permet de reduire au minimum le chiffre, actuellement encore très élevée, de la mortalité des tous les cas d'appendicite aigüe compliquée.

KAZUISTYKA

Z oddziału chirurgicznego Szpitala P. C. K. w Warszawie.
Ordynator: *Dr Kazimierz Wolfram.*

Przypadek niedrożności jelit wywołanej kamieniem żółciowym

podali

Dr Kazimierz Wolfram i Jerzy Tuz.

Jedną z rzadszych form niedrożności przewodu pokarmowego jest niedrożność wywołana wędrówką kamieni żółciowych — ileus biliaris; stanowi ona zaledwie 2 — 3% wszystkich postaci mechanicznej niedrożności jelit.

Co 4. — 5. kobieta i co 12-ty mężczyzna (wg. *Courvoisiera)* nosi kamienie żółciowe. Kamienie te mogą wędrować przez drogi żółciowe wśród charakterystycznych objawów kolki wątrobowej. W normalnych warunkach drogę tę mogą przebyć kamyki nie przekraczające wielkości ziarna grochu. Większe kamienie muszą torować sobie drogę albo przez nadmierne rozszerzenie dróg żółciowych i sforsowanie zwieracza Oddiego, albo przez wytworzenie przetoki pomiędzy pęcherzykiem żółciowym, przewodem pęcherzykowym lub przewodem żółciowym wspólnym, a dwunastnicą (najczęściej), żołądkiem, jelitem cienkim albo grubym.

Po przebiciu ściany pęcherzyka kamień żółciowy może się przedostać również do jamy otrzewnowej, wyjątkowo do miejsc odleglejszych (opłucna, pęcherz moczowy, macica, pochwa).

Wędrówka kamienia po opuszczeniu pęcherzyka może się skończyć już w dwunastnicy (7% przyp.), w jelicie czczym (15 — 20%), końcowym odcinku jelita biodrowego, najczęściej o 20 — 40 cm powyżej zastawki Bauhina (40%). Wysoki ten odsetek tłumaczy stopniowe zwężanie się światła jelita cienkiego (średnica jelita biodrowego wynosi $^2/_3$ średnicy jelita czczego) i brama w postaci zastawki Bauhina. Częstość zatrzymania kamienia w kiszce grubej wynosi około 10%.

Skutki zatrzymania kamienia w podatnej elastycznej rurze kiszki mogą być różne: czasem ściany jelita ustępują przed kamieniem tworząc wnękę, w której kamień się lokuje; może on dawać wówczas stany zapalne, doprowadzające do występowania niedrożności (z naprzemiennymi zaparciami i biegunkami), względnie powodować odleżynę w ścianie jelita i następczo przedziurawienie. W innych przypadkach kamień po wędrówce,

trwającej kilka tygodni, a nawet rok *(Guillemin)* zostaje wtłoczony do odpowiednio wąskiego odcinka jelita, powodując nagłe wystąpienie ostrej niedrożności.

Objawy ileus biliaris, zależnie od wysokości zatrzymania kamienia i stosunku ścian jelita do kamienia, nie odbiegają od klasycznego zespołu objawów niedrożności w postaci bólu, wymiotów, zatrzymania wiatrów i stolca oraz wzdęcia ze wzmożeniem perystaltyki lub jej porażeniem.

Subtelna i szczegółowa analiza tych objawów może wykazać pewne cechy szczególne, za mało jednak stałe, by można je uznać za znamienne dla tej sprawy:

1. Ból jest odczuwany niejednokrotnie w miejscu, gdzie znajduje się kamień, i według *Chauffarda* wędruje wraz z kamieniem, przenosząc się z prawego dołu biodrowego do poprzecznicy, esicy, prostnicy i ustępuje po wydaleniu kamienia. Ból może być rozlany lub umiejscowiony, często daje się zaobserwować rytmiczne występowanie bólu w okresach kurczenia się jelit.

2. Wymioty, jak w ogóle w niedrożności, początkowo zawartością żołądka, następnie dwunastnicy, stopniowo nabierają charakteru kałowego. Niejednokrotnie uspokajają się na dłuższy czas.

3. Zatrzymanie stolca i wiatrów może być szczególnie nietypowe. Rzadko występuje równocześnie zupełne zatrzymanie zarówno stolca, jak gazów. Wg. *Naunyna* najczęściej spostrzegamy zupełne zatrzymanie stolca, a niezupełne gazów.

4. Wzdęcie może być albo bardzo duże, albo umiarkowane. Największe wzdęcie występuje nieco poniżej pępka *(Cadenat i Talheimer)*. Czasem, przy nieznacznej podściółce tłuszczowej i wiotkich powłokach, mogą rysować się poszczególne pętle jelit i widoczne są fale wzmożonego ruchu robaczkowego. Wypuk nad jamą brzuszną bębenkowy, stłumienie wątrobowe znika.

Reasumując można powiedzieć, że charakterystyczne objawy w ileus biliaris są: 1) ból zrywający, silny, przepuszczający; 2) wymioty z przerwami, dochodzące do kałowych; 3) zatrzymanie stolca i gazów niezawsze zupełne; 4) wzdęcie względne, wypuk bębenkowy, wzmożony ruch robaczkowy powyżej przeszkody z jednoczesnym stawianiem się pętel.

Dla sprecyzowania rozpoznania konieczne jest zebranie możliwie szczegółowych wywiadów. Prawie zawsze daje się wykazaś poza atakami kolki wątrobowej „wielki atak", połączony z gorączką, czasem i z żółtaczką, odpowiadający tworzeniu się przetoki. Od tego okresu do wystąpienia niedrożności może upłynąć kilka *(Goldschmidt* — 6 mies.), a nawet kilkanaście miesięcy *(Guillemin* — rok).

Objawów znamiennych dla ileus biliaris nie ma. *Chauffard* podaje umiejscowienie bólu w prawym dole biodrowym i gwałtowne treściwe wypróżnienia. Czasem niedrożność poprzedzają krwotoki jelitowe. W wyjątkowych wypadkach przy badaniu przez powłoki daje się wyczuć kamień w postaci guza niezwykle twardego, dobrze ruchomego, o granicach bardzo wyraźnych. Niejednokrotnie kamień siłą ciężkości przesuwa się wraz z odpowiednią pętlą jelita do miednicy małej i daje się wyczuć badaniem przez prostnicę lub pochwę.

Obraz kliniczny niedrożności kamiczej jest bardzo różnorodny. Czasem choroba ma charakter ostrej niedrożności, niekiedy podostrej, innym razem może przypominać niedrożność pochodzenia nowotworowego. Niekiedy niedrożność może się powtarzać przy przerzynaniu się mnogich kamieni, które co kilka dni *(Dovnes* — nazajutrz) lub miesięcy *(Goldamer* — 6

mies.), mogą powodować powstanie niedrożności.

Różnorodność objawów może być tak wielka, że ustalenie rozpoznania niedrożności wywołanej wędrówką kamienia żółciowego napotyka na szczególne trudności. Wskazówkami mogącymi nasuwać mniej lub bardziej uzasadnione przypuszczenia są: 1) stwierdzenie niedrożności obturacyjnej; 2) ustalenie poziomu niedrożności; 3) dane wywiadów z uwzględnieniem wieku i płci oraz przebytych napadów kolki wątrobowej; 4) przedmiotowe stwierdzenie ruchomego twardego guza badaniem przez powłoki wzgl. przez prostnicę lub pochwę.

Tym objawom mogą towarzyszyć, podobnie jak przy innych niedrożnościach, zmiany we krwi polegające na jej zagęszczeniu, spadku chlorków ze wzrostem potasu i fosforów, wzroście *N* z rozkładu tkanek z jednoczesnym upośledzeniem czynności nerek, zwiększeniu zasobu zasad. Zmiany te są z jednej strony następstwem wymiotów, z drugiej — następstwem zatrucia powstałego przez unieruchomienie mas gnilnych w jelitach i uszkodzenie nabłonka jelit. Wchłanianie jadów przez otrzewnę może uszkadzać nerki, przez żyły — wątrobę, przez naczynia chłonne — płuca.

Cenne usługi może dać badanie radiologiczne, potwierdzając istnienie niedrożności i ustalając jej poziom, wreszcie dając na zdjęciu obraz kamienia. Badanie bez użycia środków kontrastowych wykazuje istnienie poziomów lustrzanych *(Kleiber)*, świadczących o niedrożności i jej miejscu. Wprawdzie kamienie cholesterynowe przepuszczają promienie, ale wtórne nawarstwienie lub domieszka soli wapniowych może uwidocznić kamień, wyświetlając całkowicie tło choroby.

Postępowanie lecznicze w wypadkach niedrożności wywołanej kamieniem jest takie samo, jak w ostrej niedrożności jelit w ogóle, a więc jaknajrychlejsza pomoc operacyjna, mająca na celu usunięcie kamienia przez nacięcie ściany lub usunięcie części jelita w razie zbyt daleko posuniętych zmian w ścianach.

Jednocześnie z zabiegiem operacyjnym musimy dbać o jaknajszybsze odtrucie organizmu przez podawanie roztworów soli i cukru dożylnie i podskórnie, lawatywy kroplowe oraz płukanie żołądka w razie wymiotów względnie zalegania.

Wyniki operacyjne na ogół są złe. Dawniejsze statystyki podają śmiertelność do 75% *(Kirmisson* i *Rochard)*. Ostatnio śmiertelność się zmniejsza ze względu na postępy diagnostyki i skrócenie czasu od wystąpienia niedrożności do momentu operacji. *Moynihan* podaje 90 wyleczeń na 100 operowanych w pierwszej dobie.

Nasz przypadek dotyczy chorej B. Z., lat 55 Nr ks. gł. 1596. Chora przybyła na oddział wewnętrzny dnia 17.VII 37 r. W wywiadzie podała, iż od dwudziestu lat choruje na wątrobę i przebyła bardzo liczne ataki kolki wątrobowej, trwające zwykle kilka godzin. Przed rokiem jeden z ataków był wyjątkowo silny i długotrwały, połączony z ciepłotą do 39°. Leżała wówczas przez dwa tygodnie z powodu wysokiej ciepłoty i utrzymującej się bolesności w prawym podżebrzu. Żółtaczki nigdy nie miała. Obecnie zachorowała przed tygodniem, będąc na wsi. Po spożyciu kwaśnego mleka z ziemniakami dostała silnych boleści w całej jamie brzusznej z mocnym kruczeniem i przelewaniem się przy braku wypróżnienia. Wzięła wówczas na przeczyszczenie sól morszyńską — wypróżnienia nie było, bóle się nie uspokajały. Wezwany lekarz skierował chorą do pobliskiego szpitala. Tam w 4-tym dniu choroby zjawiły się silne wymioty treścią żołądkową, podbarwione żółcią, następnie brunatnawe o przykrym smaku. Zastosowane w szpitalu wstrzykiwania i głębokie lawatywy nie pomagały — wzdęcie brzucha powiększało się stale, gazy i stolec nie odchodziły. Wobec tego chorą przesłano do Warszawy. Obecnie skarży się na stałe kruczenie i przelewanie w brzuchu, brak łaknienia, nudności, niesmak i wysychanie w ustach, puste odbijania, bardzo duże pragnienie. Po przyjęciu

nawet niewielkiej ilości płynów wymiotuje. Czuje się bardzo osłabiona.

Stan obecny: ogólny stan ciężki. Chora przytomna, wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienie b. dobre. Skóra blada, chłodna, pokryta potem, śluzówki bladawe. Ciepłota 36°,8, tętno 112, miarowe, licho wypełnione i napięte. Język suchy, obłożony brunatnawym nalotem.

Narządy klatki piersiowej. Serce: granice prawidłowe, tony głuche, 1. ton nad koniuszkiem osłabiony. Płuca: wypuk bębenkowy, granice prawidłowe, w dolnych płatach płuc trzeszczenia ustępujące po kilku głębszych oddechach.

Jama brzuszna kopulasto wysklepiona, podściółka tłuszczowa b. obfita. W okolicy pępka widoczny guz wielkości orzecha włoskiego, przy badaniu ręcznym miękki, łatwo odprowadzalny do jamy brzusznej przez otwór w powłokach przepuszczający dwa palce. Wypuk nad całą jamą brzuszną bębenkowy z odcieniem metalicznym. Przy obmacywaniu bolesność brzucha niewielka, objaw Blumberga ujemny. Wątroba i śledziona niewyczuwalne, granic opukowo nie daje się określić. Stawiania się pętel jelit nie stwierdzono. Osłuchowo kruczenie i przelewanie. Okolica lędźwiowa na wstrząs niebolesna.

Kończyny bez zmian chorobowych — odruchy prawidłowe. Badanie przez prostnicę i pochwę żadnych zmian chorobowych nie wykazało.

Leukocytoza 11.200, mocz barwy słomkowej, przejrzysty, kwaśny, c. g. 1,014, białka i cukru nie wykryto. W osadzie pojedyncze nabłonki wielokątne co kilka pól widzenia, leukocyty 1 — 3 w p. widz., skąpe moczany i 100 — 120 krwinek czerwonych, częściowo wyługowanych.

Na trzeci dzień pobytu w szpitalu wystąpiły żółtawo - brunatne wymioty o zapachu kałowym, wobec tego chorą przeniesiono na oddział chirurgiczny.

Po przygotowaniu wstrzykiwaniem dożylnym roztworu cukru i podskórnym soli kuchennej oraz przepłukaniu żołądka, poddano chorą 22.VII zabiegowi operacyjnemu *(Dr Wolfram)* z rozpoznaniem niedrożności obturacyjnej, umiejscowionej w końcowym odcinku jelita cienkiego. Znieczulenie lędźwiowe — 1 cm³ 10% allokainy. Jamę brzuszną otwarto cięciem od spojenia łonowego do górnej krawędzi przepukliny pępkowej. Jelita cienkie wzdęte. W końcowym odcinku jelita biodrowego, mniej więcej w odległości 15 — 25 cm od zastawki Bauhina, znaleziono kamień wielkości małego kurzego jaja (rys. 1). Ściana jelita ponad uwięźniętym kamieniem blada, ale bez zmian martwiczych. Cięciem poprzecznym otwarto jelito i usunięto kamień, po czym zeszyto ścianę jelita szwem dwupiętrowym. Poza tym przy zeszywaniu powłok wycięto worek przepuklinowy wraz z pępkiem. Zeszyto ranę operacyjną szwem 3-piętrowym.



Rys. 1.

Chora zniosła zabieg operacyjny bardzo dobrze. Na szczególne podkreślenie zasługuje w tym przypadku wartość znieczulenia lędźwiowego, dzięki któremu w czasie zabiegu, mimo znacznego wzdęcia jelit cienkich, panowała całkowita cisza brzuszna, ułatwiająca znakomicie wykonanie zabiegu operacyjnego bez walki z wypadającymi pętlami jelit, jaką zmuszeni jesteśmy staczać w takich wypadkach przy innych sposobach znieczulenia.

Bezpośrednio po operacji nastąpiło odejście gazów i rozwolnionego kału, które przeszło w dość długotrwałą biegunkę. Dalszy przebieg pooperacyjny powikłany ze strony rany powierzchownym ropieniem powłok i ze strony narządów klatki piersiowej odoskrzelowym zapaleniem płuc; poza tym na 30. dzień po operacji zjawiło się zapalenie żyły odpiszczelowej

kończyny dolnej lewej z nieznacznym obrzękiem stopy i niewielką bolesnością.

Dnia 10.X po 85 dniach pobytu wypisana jako zdrowa.

PIŚMIENNICTWO:

1. *Pieczarkowski:* Pol. Gaz. Lek., Nr 27/37. 2. *Kielanowski:* Pol. Gaz. Lek., Nr 21/35. 3. *Landau, Deloff* i *Reider:* Med., Nr 12/35. 4. *Gerhardt:* Pol. Przegląd Chir., 1935, str. 587. 5. *Moncalvi:* Riforma med. Nr 29/34. 6. *W. Moss* i *Mc. Tetrigde:* Amer. Surg., 100, 158, 166. 7. *Schüle:* Berl. Klin. Wchschr., Nr 45/94. 8. *Beer:* D. Zt. f. Chir., 1924, 120, 186. 9. *Gersuny:* Wr. kl. Woch., Nr 40/96. 10. *Graser:* Arch. f. kl. Chir., 1892, str. 59, 683. 11. *Wölfler* i *Lieblein:* D. Chir., Nr 46/09. 12. *Wohlauer:* D. med. Woch., 1924, str. 174. 13. *Oden:* D. Z. Chir., 1932, str. 321, 427. 14. *Lardennois:* B. Soc. Chir., 11, 13/35. 15. Idem: Presse Méd., str. 17, 327/35. 16. *Bonany:* B. Soc. Chir., 10, 23/31. 17. *Wilms, Enke:* Stutgart, 1906. 18. *Mondor:* Diagnostic Urgents. Masson, Paryż 1930. 19. *Kirschner* i *Nordmann:* Die Chirurgie, T. V, str. 1132. 20. *Martens:* Med. Klin., Nr 37/28.

ZUSAMMENFASSUNG.

Akuter Darmverschluss durch einen Gallenstein verursacht

v.

Dr K. Wolfram und J. Tuz.

Ein Darmverschluss kann durch einen Gallenstein, der durch die Gallengänge, oder häufiger durch eine Gallenblasedarmfistel in den Dünndarm wandert, verursacht werden. Eine sichere Diagnose kann nur durch eine Palpation oder Roentgenuntersuchung festgestellt werden.

Der beschriebene Fall betrifft eine Frau, welche am zwölften Tage nach den Darmverschlusserscheinungen, durch einen hühnereigrossen Gallenstein verursacht, mit Erfolg operiert wurde.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Lazarusa we Lwowie.
Prymariusz: *Dr A. Wolf.*

Martwica przedniej ściany pęcherza moczowego, jako niezwykłe powikłanie po wycięciu pęcherza, naświetlaniu rentgenowskim i wyłuszczeniu sterczu

podał

Dr Marceli Graf.

Historia choroby omawianego przypadku przedstawia się, jak następuje:

Chory Ch. G., lat 63, przyjęty na oddział 3.III 1935. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Nigdy nie chorował. Od 3-ch lat trudności w oddawaniu moczu z bólami; czasem zatrzymanie moczu; musiał być dość często cewnikowany. W roku 1934 wykonano choremu obustronnie podwiązanie przewodów nasiennych. Po zabiegu przez krótki czas miał się nieco lepiej, jednakże po tym nawrót bólu, bardzo znaczna pollakiuria, szczególnie w nocy.

Stan obecny: W narządach klatki piersiowej i brzucha zmian chorobowych nie stwierdzono. Stercz duży, wielkości pięści, gładki, elastyczny, nieco bolesny. Mocz mętny, o oddziaływaniu kwaśnym, c. gat. 1012, zawiera wyraźny ślad białka; cukier nieobecny. W osadzie 40 — 50 c. biał. w polu widzenia, nieliczne c. czerwone. Obraz krwi: c. biał. 7500: segment. 68%, pał. 1%, limf. 28%, mon. 3%. C. czerwonych 4.000.000, Hb. 80%,

wskaźnik 1. RR. 130/95. Odczyn Wassermanna ujemny, Meinickego ujemny. Wziernikowaniem pęcherza stwierdzono: znaczny przerost sterczu, szczególnie płatów bocznych; pęcherz beleczkowaty. Dalszych szczegółów z powodu krwawienia ze sterczu nie udało się zobaczyć.

7.III 1935 wykonano cystostomię, jako akt wstępny do wyłuszczenia sterczu. Przy operacji zastanowiło nas, że przednia ściana pęcherza była znacznie grubsza, niż zazwyczaj i wydawała się nacieczona. Wobec tego pobrano skrawek ze ściany do badania drobnowidowego, które jednakże wykazało tylko tkankę mięśniową i łączną bez utkania nowotworowego. Przebieg pooperacyjny gładki.

Po operacji chory przez krótki czas miał się dobrze, jednakże dolegliwości wnet się ponowiły, w szczególności bolesne parcie podczas i po oddaniu moczu. Wobec tego przyjęto chorego z powrotem na oddział dnia 26.IV i w odurzeniu morfinowo-skopolaminowym wykonano cystoskopię. Pęcherz znieczulono 50 gr. 2% nowokainy. Wziernikiem stwierdzono przy pojemności pęcherza 100 cm^3: przewlekłe zmiany zapalne błony śluzowej; w przetoce widoczna główka Pezzera, dokoła której, w szczególności po stronie prawej, stwierdza się rozległe bujanie kosmkowe, o szerokiej podstawie, na przestrzeni odpowiadającej złotówce. Rozp.: suspectio quoad ca vesicae. Pobrano skrawki do badania histologicznego, które wykazało utkanie papilloma adenomatosum bez bujania złośliwego.

21.V wykonano w znieczuleniu epiduralnym elektrokoagulację guza. Stan chorego po zabiegu nie uległ poprawie. Wszystkie dolegliwości nadal się utrzymywały, pojawiały się często krwawienia, a przy powtórnym wziernikowaniu stwierdzono, że guz jeszcze się powiększył i bardziej jeszcze niż przy pierwszym badaniu robił wrażenie guza złośliwego. Barwnik wstrzyknięty dożylnie wydzielił się obustronnie po 6 minutach. Azot pozabiałkowy 39 mg%. Wobec stale zwiększających się dolegliwości przystąpiono dnia 21.V do operacji. Po wycięciu blizny odpreparowano pęcherz od powłok, po czym wykonano ekstraperitonizację pęcherza według Voelckera, przy czym stwierdzono, że lewa przednia i górna ściana pęcherza nacieczona jest przez guz nowotworowy, który przechodzi na otrzewnę pokrywającą pęcherz, dając tutaj typowe zaciągnięcie w kształcie pępka. Wykonano częściowe wycięcie pęcherza wielkości dłoni. Pęcherz zeszyto dwupiętrowo z pozostawieniem cewnika Pezzera. Szew powłok. Badanie drobnowidowe wyciętego guza wykazuje utkanie brodawczaka złośliwego. Przebieg pooperacyjny powikłany odoskrzelowym zapaleniem płuc. Rana zagoiła się przez rychłozrost.

12.VI rozpoczęto serię naświetlań rentgenowskich. W ciągu 20 dni chory otrzymał 14 naświetlań z przodu po 220 R (0.5 Cu + 1.5 Al) tj. w sumie 3080 R. Podczas naświetleń lekkie zadrażnienie pęcherza, objawiające się w postaci bolesnych parć. W 8 dni po ukończeniu naświetlań bóle się uspokoiły. 8.IX usunięto cewnik Pezzera. 18.X przetoka pęcherzowa zagoiła się. Chory oddaje mocz wyłącznie per vias naturales.

Przez rok chory miał się dobrze. Zgłasza się we wrześniu 1936 z tym, że od 3-ch tygodni ma zatrzymanie moczu. Blizna pooperacyjna i jej otoczenie są zaczerwienione, obrzękłe i bolesne (pericystitis). Założono cewnik na stałe i zastosowano ciepłe okłady, pod wpływem których naciek zapalny się cofnął. Stercz per rectum wielkości mandarynki, gładki, twardy, asymetryczny. Wziernika nie udało się wprowadzić. Po 4-ch tygodniach silne bóle w kręgosłupie w zakresie Th. V i VI. Zdjęcie rentgenowskie ujemne. W przypuszczeniu, że chodzi tu o przerzut do krę-

gosłupa naświetlono 3 razy po 150 R. 16.X wykonano w uśpieniu ogólnym wziernikowanie pęcherza, przy czym stwierdzono: pojemność ok. 100 cm³, cewka znacznie wydłużona, pęcherz beleczkowaty. Stercz b. duży, zwłaszcza oba płaty boczne, które b. silnie sterczą do światła pęcherza, zasłaniając dużą jego część z trójkątem. Na szczycie pęcherza w miejscu po wycięciu widoczna jest duża blizna gwiaździsta, wykazująca w środku ubytek przybłonka wielkości grosza, mogący odpowiadać przetoczce lub tkance granulacyjnej (nawrót?). Próba Volhardta (20 X): przy dobrym rozcieńczeniu, niedostateczne zagęszczanie. Azot pozabiałkowy 51 mg%, indykan we krwi wzmożony — ponad 1.4 mg%. Wobec złej czynności nerek wysłano chorego do domu z poleceniem noszenia cewnika na stałe, aż do poprawy wydolności nerek. Bóle w kręgosłupie ustąpiły.

Przez pół roku leczony ambulatoryjnie, stale skarżył się na bóle w pęcherzu. Cewnik na stałe znosi źle, tak że od czasu do czasu bez zezwolenia go wyjmuje. Od 21 V do 25 V 1937 cztery naświetlania rentg. z dwóch pól (przednie i tylne) po 200 R. na pole. Ponieważ nadal miał silne bóle, przyjęty na oddział 9 VI 1937.

Stan miejscowy bez zmian, poza świeżym naciekiem zapalnym w bliźnie pooperacyjnej i jej otoczeniu, który pod wpływem ciepłych okładów po 10 dniach ustąpił. Skóra podbrzusza, prawie zupełnie wyłysiała, wykazuje charakterystyczne brunatne zabarwienie porentgenowskie. Widoczne tutaj liczne porozszerzane naczyńka włosowate. Chory stale ma silne bóle, tak że zażywa znaczne ilości środków przeciwbólowych. 21 VI wziernikowanie pęcherza w uśpieniu ogólnym: pojemność nieco ponad 100 cm³; wprowadzenie instrumentu trudne, wśród krwawienia. Stercz duży, asymetryczny, lewy płat więcej sterczy do światła pęcherza, niż prawy, powierzchnia gładka. Śluzówka pęcherza lekko zmętniała, nastrzykana; na szczycie pęcherza widoczna blizna po wycięciu, wśród blizny ubytek wielkości ziarna soczewicy, prawdopodobnie komunikujący z tkanką przedpęcherzową. Nawrotu nie stwierdza się.

22 VI barwik wstrzyknięty dożylnie wydzielił się w śladach po 3-ch min., po 5 min. o dobrym wysyceniu. 23 VI próba Volhardta: rozcieńczenie 1001, zagęszczenie 1015. 24 VI azot pozabiałkowy 32 mg%. Obraz krwi: c. czerw. 4.300.000, Hb. 75%, wskaźnik 0.9, c. biał. 7000, eoz. 1%. pał. 4%, segm. 61%, limf. 28%, mon. 6%. 2 VII 37 wykonano typowe wyłuszczenie sterczu wedł. Freyera: Mimo poprzedniej ekstraperitonizacji dostęp do pęcherza był niezwykle utrudniony, gdyż otrzewna przykryła z powrotem przednią ścianę pęcherza i na skutek poprzednich zabiegów była z nim ściśle zrośnięta, tak że trzeba ją było niejednokrotnie na ostro oddzielać; poza tym przebieg operacji typowy i bez niespodzianek. Przebieg pooperacyjny gładki; na 5. dzień usunięto tampon z łożyska. Po 10-ciu dniach rana, która dotychczas szczelnie trzymała, zaczęła przeciekać, przy czym oddzielają się obok cewnika Pezzera strzępy tkanki nekrotycznej. Początkowo sądziłem, że obumiera tylko powięź, z czasem przekonałem się jednak, że martwicy uległa prawie cała przednia ściana pęcherza moczowego. Gdy 15. dnia usunięto cewnik Pezzera, wisiał na nim duży strzęp nekrotycznej tkanki, którą stanowiła przednia ściana pęcherza. Po 2 dniach sytuacja przypominała ektopia vesicae, gdyż przez wytworzony otwór wypuklała się tylna ściana pęcherza. 24 VII zbadałem digitalnie i stwierdziłem: brak przedniej ściany; łożysko sterczu zagojone.

W dalszym przebiegu pooperacyjnym

okazało się, że rana nie ma prawie żadnej tendencji do gojenia się, brak ziarniny i naloty włóknikowo - ropne. Dopiero pod wpływem stosowania okładów ze sterogylu rana zaczęła się oczyszczać, pojawiła się ziarnina i przetoka zaczęła się zwężać. Ciągle jednak wypadała tylna ściana pęcherza, utrudniając z jednej strony gojenie się przetoki, a z drugiej strony czyniąc iluzorycznym drenowanie pęcherza cewnikiem per vias naturales. 2 VIII przetoka na tyle się zwęziła, że mogłem założyć z powrotem cewnik Pezzera, reponując w ten sposób tylną ścianę pęcherza. Ponieważ cewnik Pezzera tkwił szczelnie, można było przez zamykanie go wytwarzać z powrotem pojemność pęcherza i uczyć chorego oddawać mocz przez cewkę, co udawało się zupełnie gładko. Po 10 dniach cewnik Pezzera usunięto i założono cewnik na stałe; tylna ściana pęcherza już nie wypadała i odtąd przetoka zaczęła się w szybkim tempie zmniejszać, tak że 1 X pozostała już tylko przetoka włosowata, która po kilkunastu dniach definitywnie się zamknęła. W miesiąc później wykonano kontrolne badanie cystoskopowe i stwierdzono: pojemność pęcherza około 90 cm^3, bł. śluzowa blada, lśniąca, wykazuje jeszcze nieznaczne zmiany o charakterze przewlekło - zapalnym. Na przedniej ścianie gwiaździsta blizna wielkości złotówki, pokryta przybłonkiem. Ujścia moczowodów lekko rozwarte wydzielają barwnik obustronnie po 4 min. o dobrym wysyceniu. Poza tym zmian się nie stwierdza. Chory czuje się zupełnie zdrów, mocz oddaje co 2 — 3 godziny, bez bólu, i stwierdza, że przerwy między jednym moczeniem a drugim stale się zwiększają. Mocz badany zawiera jeszcze nieznaczny ślad białka i 4 — 10 c. cz. w polu widzenia.

Przypadek powyższy z dwóch względów zasługuje na uwagę: Po pierwsze, udało się za pomocą rozległego wycięcia usunąć radykalnie złośliwy guz pęcherza moczowego, który po 2½ latach nie dał nawrotu ani przerzutów. Niepoślednią zdaje się rolę odegrało tu energiczne pooperacyjne naświetlanie rentgenowskie. To naświetlanie stało się jednak, zdaniem moim, przyczyną niezwykłego powikłania w przebiegu pooperacyjnym po wyłuszczeniu gruczołu krokowego, na które przede wszystkim chciałem zwrócić uwagę. Mam tu na myśli martwicę przedniej ściany pęcherza. Sądzę, że uraz rentgenowski sumując się z urazem operacyjnym doprowadziły w tym przypadku do obumarcia przedniej ściany pęcherza moczowego. Ponieważ ani w materiale własnym, ani w dostępnym mi piśmiennictwie nie znalazłem podobnego przypadku, uważam za celowe podzielić się tą niezwykłą obserwacją. Z drugiej strony nasuwają się tu pewne refleksje. Jak wiadomo, często u chorych, którzy obawiają się noża, lekarze z konieczności stosują w przypadkach przerostu sterczu naświetlania rentgenowskie. Wiadomo również, że te naświetlania o ile chodzi o wyleczenie, są przeważnie bezskuteczne, i że w końcu przecież przychodzi do operacji. Należałoby się wobec tego zastanowić, czy należy chorego, który był energicznie naświetlany, operować, i czy nie wybrać w razie operacji drogi perinealnej, żeby uniknąć opisanego powikłania.

PIŚMIENNICTWO:

Lichtenberg, Voelcker, Wildbolz: Handbuch der Urologie. *Voelcker, Wossidlo:* Urologische Operationslehre. *Tandler* i *Zuckerkandl:* Studien zur Anatomie und Klinik der Prostatahypertrophie. *Jüngling:* Roentgenbehandlung chirurg. Krankheiten 1924. *Blum:* Ueber Indikationen, Technik Vor-u. Nachbehandlung der suprapubischen Prostatektomie, Z. f. urol. Ch., T. 15. *Oelsner:* Zur

Behandlung d. Prostatahypertrophie, Z. f. Urol., T. 23. *Götzl:* Erfahrungen über die suprapubische Prostatektomie, Z. f. Urol., T. 23. *Küttner:* Emphysem der Leistengegend nach Prostatektomie, Z. f. Urol., T. 23. *Pleschner:* Spätkomplikationen nach Prostatektomie, Z. f. Urol. Kongressbericht 1929. *Glas:* Zur Technik der Eröffnung und des Verschlusses der Blase beim zweiten Akt der zweizeitigen Prostatektomie, Z. f. Urol. Chir., T. 28. *Suter:* Bericht über 300 suprapubische Prostatektomien, Z. f. Urol., T. 25. *Lumb:* Trigonal Loop - Traction in suprapubic prostatectomy, Br. Jour. of Urol., VIII. *Lewinson:* Postępowanie po operacji wycięcia gruczołu krokowego, P. P. Ch., 1937, Nr 2. *Joseph:* Geschwülste der Blase, Handbuch d. Urologie. *Alkiewicz:* Leczenie radiologiczne schorzeń narządu moczowo-płciowego, P. P. Rad., T. X — XI. *Archie L. Dean jr:* Behandlung des Karzinoms der Urogenitalorgane mit Radium und Röntgenstrahlen, Z. f. Urol., T. 26. *Bujniewitsch:* Papilloma vesicae urinariae, Z. f. Urol., T. 26. *Drucker* i *Malczyński:* Brodawczak pęcherza itd. P. P. Ch., 1936, Nr 6.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

Nekrose der vorderen Blasenwand, als ungewöhnliche Folge der Blasenwandresektion, Röntgenbestrahlung und Prostatektomie

v.

Dr Marceli Graf (Lwów).

Wegen eines malignen Blasenpapilloms wurde die vordere Blasenwand reseziert und danach energisch röntgenbestrahlt. 1½ Jahre später musste wegen Prostatahypertrophie mit starken dysurischen Beschwerden und Retention die Prostata enukleirt werden. Nach der Operation trat, als ungewöhnliche Komplikation, eine Nekrose der vorderen Blasenwand ein, die jedoch mit Erhaltung einer vollständigen Blasenkontinenz ausheilte.

SKRZYNKA ŚWIETLNA

Osteo-chondritis ischio-pubica

podała

Dr Ludwika Landes Leinerowa (Lwów).

Badanie rentgenowskie umożliwia niejednokrotnie stwierdzenie drobnych zmian chorobowych i odróżnienie początków zmian patologicznych od mało znanych odchyleń od normy. Do ciekawszych tego rodzaju przypadków należy poniżej opisany. Na zdjęciach okolicy linii nasadowej kości siedzeniowo - łonowych u dzieci dają się często zauważyć drobne torbielowate odwapnienia, które przedstawiają niekiedy odchylenie od normy, nie dające żadnych objawów chorobowych, kiedyindziej jednak wskutek infekcji, najczęściej anginy, dochodzi do zmian zapalnych ogniskowych tej okolicy i wtedy spotykamy w obrazie rentgenowskim wyraźne zmiany chorobowe o różnym nasileniu.

Podobne zmiany opisał pierwszy *Neck* w roku 1925, jako osteochondritis ischio-pubica. W 2 przez niego opisanych przypadkach wystąpiły ostre objawy chorobowe w połączeniu z podwyższeniem ciepłoty, bolesnością na ucisk i utrudnieniem chodzenia. Przypadki te były operowane, a badanie histologiczne wykazało osteo - chondritis.

Podobne przypadki opisali następnie *Valtancoli* i *Wülfling, Janker.*

Asplund opisuje podobne zmiany w obrębie linii

nasadowej kości łonowo - siedzeniowych u dzieci w wieku 2 — 12 lat, przy czym twierdzi, że zmiany te występują po anginie i sądzi, że do pierwotnej osteo - chondritis dołączyła się infekcja, a wskutek tego doszło do ognisk ropnych.

W roku 1933 *Herren* przeprowadził badanie 100 dzieci i zauważył podobne zmiany u 33% badanych dzieci zdrowych. Autor ten dzieli to schorzenie na dwie grupy.

Do grupy I zalicza te przypadki, w których występują znaczne bóle połączone z wysoką temperaturą. Na zdjęciach rentgenowskich tych przypadków widoczne są torbielowate okrągłe odwapnienia o sklerotycznych brzegach. Poprawa następuje po przeprowadzeniu konserwatywnego sposobu leczenia, jak leżakowanie, naświetlanie lampą kwarcową lub promieniami Roentgena i podawanie wapna. Niekiedy jednak sprawa jest uporczywa i konieczny jest zabieg operacyjny.

Do drugiej grupy zalicza przypadki, które spotyka się przypadkowo u dzieci zdrowych. Zmiany te w postaci wyjaśnień bez sklerozy ustępują po pewnym czasie bez leczenia.

W obu grupach występują jednak wedle tego autora zmiany po obu stronach.

W moim przypadku wystąpiły u dziewczynki 6-letniej po przebyciu ciężkiej anginy przy temperaturze dochodzącej do 40° bóle w lewej kończynie dolnej, umiejscowione głównie w pachwinie i stawie biodrowym po stronie lewej. Bóle te były dotkliwsze w czasie biegu lub szybkiego chodzenia, ponadto utrudnione były ruchy w stawie biodrowym, zwłaszcza zginanie i odwodzenie.

Na zdjęciu 1. widoczne są w okolicy linii nasadowej kości siedzeniowo - łonowych po stronie lewej dwa okrągłe torbielowate odwapnienia wielkości grochu o ostro zarysowanych brzegach. Po stronie prawej zdjęcie zmian nie wykazuje.

Po zastosowaniu przez kilka miesięcy konserwatywnego leczenia (leżakowanie, naświetlanie lampą kwarcową, podawanie wapna) bóle powoli ustąpiły. Poprawa ta widoczna jest na zdjęciu 2., wykonanym po 5 miesiącach. Widzimy zupełny zanik torbielowatych odwapnień zamiast których widoczne są nieregularne zwapnienia.



Rys. 1.



Rys. 2.

Wedle *Herrena* należy ten przypadek do grupy pierwszej, ponieważ były konkretne objawy kliniczne. Obraz rentgenologiczny wykazuje zmiany tylko po jednej stronie, a zatem przypadek ten różni się od opisanych tym, że torbielowate odwapnienie i objawy kliniczne wystąpiły tylko jednostronnie, co jest dowodem, że mamy w tym wypadku do czynienia nie z odchyleniem od normy, a ze sprawą chorobową.

PIŚMIENNICTWO:

Asplund, Gustaf: Acta chir. scandin. 1930, str. 1. *Dickson, Wrigt:* Proc roy. Soc. Med. 24, str. 283 (1931). *Grashey R.:* Atlas typischer Röntgenbilder vom norm. Menschen. *Lehmanns* med. Atlanten V. str. 202, (1928). *Herren:* Röntgenpraxis 4, str. 123, (1932). *Janker:* Röntgenpraxis 2, str. 499, (1930). *Herren:* Röntgenpraxis 5, str. 12, (1933). *Van Neck M.:* Arch. fr. belg. de chirurg. 1924, str. 238. *Odelberg, Axel:* Acta chirurg. scand. 56, str. 273. *Wülfling Max.:* D. Z. f. Chir., 199, str. 413.

ZUSAMMENFASSUNG.

Osteo-chondritis ischiopubica

v.

Dr Ludwika Landes-Leinerowa (Lwów).

Es werden rundliche bis ovale Aufhellungen der Epiphysenzone zwischen Scham- und Sitzbein beschrieben, welche von *van Neck, Herren* und anderen Autoren als besonderes Krankheitsbild unter dem Nahmen Osteochondritis ischiopubica beschrieben werden sind. In allen in der Literatur beschriebenen Fällen handelt es sich um *doppelseitige*, cystische Entkalkungen, wogegen in dem oben beschriebenen Falle die analogen cystischen Entkalkungen nur *einseitg* aufgetreten sind. Die Einseitigkeit der Erscheinungen und die begleitenden Beschwerden (bedeutende Temperaturerhöhung, starke Schmerzen) sprechen dafür, dass es sich um einen pathologischen Prozess und nicht um eine Variante handelt.

POSIEDZENIA

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego w Szpitalu Starozakonnych na Czystem dnia 20 grudnia 1937 r.

Dr A. Wertheim:

Przypadek niezwykłego guza jamy brzusznej.
(str. własne)

Chory 34-letni, przywieziony do szpitala 9.X 37 z powodu silnych bólów w prawej połowie brzucha, które rozpoczęły się przed 3 dniami; bólom towarzyszyły odbijania, nudności, zaparcie stolca; ciepłota 37,5°. Chory miał oddawna prawostronną przepuklinę pachwinową, sięgającą do worka mosznowego, która od chwili zjawienia się bólów zniknęła. Poza tym był zdrów, żółtaczki nie przechodził. Budowa mocna, odżywienie dobre, przytomny. W obrębie klatki piersiowej brak odchyleń od normy. Język podsychający; bolesność i obrona mięśniowa po prawej stronie niewzdętego brzucha; w prawej połowie jamy brzusznej wyczuwa się guz twardy, gładki, nieco ruchomy na boki, mało wrażliwy na ucisk, sięgający od łuku żebrowego w dół aż do dołu biodrowego, boczna jego granica przekracza linię środkową ciała. Zewnętrzny pierścień pr. kanału pachwinowego przepuszcza koniec palca; kaszel i nadymanie się nie powodują ukazania się nieprawidłowej zawartości w kanale pachwinowym. Brak miejscowych objawów uwięźnięcia. Mocz bez zmian, leukocytoza 10.800.

Po kilku dniach stan ogólny chorego poprawił się i bóle znikły, natomiast rozmiary i charakter guza nie uległy zmianie.

Badanie rentgenowskie przewodu pokarmowego: żołądek hipertoniczny, kaskadowy, opuszka dwunastnicy bez zmian, czynność ruchowa nieupośledzona. Po 24 godz. jelita opróżnione. Podczas wlewania płyn kontrastowy wypełnia jelito bez przeszkody, okrężnica obejmuje cień guza, widoczny w środkowej części jamy brzusznej. Odczyny Wassermanna oraz Weinberga (na obecność bąblowca) ujemne. Leukocytoza we krwi obniżyła się do 7.200, poza tym morfologia krwi nie wykazuje odchyleń od normy.

Wobec poprawy stanu podmiotowego chory opuścił szpital, jakkolwiek rozpoznanie cierpienia nie zostało ustalone. Po upływie 4 tygodni zgłosił się ponownie, dręczony obecnością guza, który zresztą nie sprawiał mu żadnych dolegliwości. Badanie wykazało dużą poprawę stanu ogólnego i obecność twardego guza, sięgającego od łuku żebrowego do spojenia łonowego. Dnia 26.XI 37 zabieg w uśpieniu sennarkolowo-eterowym: cięcie przypośrodkowe prawe, powyżej i poniżej pępka. Otrzewna ścienna nacieczona; liczne jej zrosty z guzem łatwo dające się oddzielić. Prawa połowa jamy brzusznej zajęta przez duży guz częściowo zrośnięty od strony przyśrodkowej z pętlami jelita cienkiego, a od bocznej — z kątnicą, wstępnicą

i zagięciem wątrobowym okrężnicy; okolica wyrostka robaczkowego bez zmian. Ku dołowi guz sięgał niemal do pachwiny prawej; górną szypułę guza stanowiła sieć. Nie bez trudności oddzielono na tępo guz od otoczenia i odcięto go w odległości kilku cm. od poprzecznicy; nieznaczne krwawienie z łożyska opanowano koagulenem; jamę brzuszną zamknięto szczelnie. Przebieg pooperacyjny gładki, chory opuścił szpital po 10 dniach.

Usunięty guz kształtu wrzecionowatego, wielkości 3 pięści, robił wrażenie konglomeratu zmienionej sieci; w jego wnętrzu była jama wypełniona treścią surowiczo-krwistą. Badanie treści tej wykazało obecność detrytu, ciałek ropnych i nielicznych krwinek; flory bakteryjnej nie stwierdzono. Badanie histopatologiczne wykazało rozległe zmiany wsteczne (steato-nekrobioza), liczne nacieki zapalne, obraz zakrzepowy naczyń, świeże zawały krwotoczne bliżej światła guza, drogi chłonne rozszerzone, bujanie ich śródblonka.

Zarówno umiejscowienie guza, kierunek jego dolnego bieguna, jak wygląd makro- i mikroskopowy, wskazują na sieć, jako na punkt wyjścia schorzenia. Najprawdopodobniej ten torbielowaty twór o ścianach, zbliżonych budową do sieci, powstał na tle jej skrętu i wtórnego stanu zapalnego. Skręt mógł powstać, zgodnie z hemodynamiczną teorią *Payra*, na skutek gwałtownych zaburzeń krążenia i zastoju w wydłużonych naczyniach sieci, i wtórnie doprowadzić do wytworzenia torbielowatego guza. Nie będziemy dalecy od prawdy, jeśli łączność skrętu sieci z przepukliną pachwinową uznamy za bardzo prawdopodobną: wierzchołek sieci mógł okresowo ulegać zaciśnięciu w kanale, mógł przyrosnąć do worka i, jako druga szypuła późniejszego guza, stworzyć warunki pomyślne dla skrętu. Główny dramat odbył się jednak nie w worku przepuklinowym, a w jamie brzusznej. Takie wtórne skręty sieci poza workiem nie są częste — podobny przypadek opisał w 1900 r. *Lucas-Championnière*.

Należy jeszcze podkreślić ciekawą okoliczność: istniejąca przed powstaniem guza przepuklina znikła z chwilą wystąpienia burzliwych objawów brzusznych, poprzedzających zjawienie się guza, i obecnie nie istnieje. Czyżby stan zapalny sieci wywołał obliterację worka i samowyleczenie przepukliny, spotykane u dorosłych tylko wyjątkowo? Sprawa ta nie jest jasna i pozostaje otwarta.

Dyskusja:

Dr Kohan zapytuje, co się działo z dolnym biegunem guza. Opisuje podobny przypadek, w którym sieć, przyrośnięta do worka, wynicowała go.

Dr Wertheim odpowiada, że nie stwierdzono wyraźnego przyrośnięcia guza do okolicy kanału pachwinowego; wyłoniono go stamtąd na tępo, bez kontroli wzroku.

Dr D. Kohan:

Przypadek zgorzelinowego zapalenia woreczka żółciowego, wywołanego beztlenowcem (vibrio septicus).

(Przyp. *dr Pupko*, str. własne)

Chory l. 70, przybył z objawami zapalenia otrzewnej, trwającymi od 48 godz.; objawy przemawiały za punktem wyjścia w wyrostku. Podczas zabiegu stwierdzono w jamie brzusznej dużą ilość zielonkawego płynu (posiew jałowy), w wyrostku nie było wybitniejszych zmian, wobec czego przedłużono cięcie ku górze i wyłoniono woreczek żółciowy barwy ciemno-wiśniowej z czarnymi plamami, bardzo napięty. Wobec ciężkiego stanu chorego ograniczono się do otwarcia i sączkowania woreczka. Przy nakłuciu woreczka wydobyto gaz i ciemną treść, z której wyhodowano czystą kulturę beztlenowców — vibrio septicus (*dr Dworecki*). Przypadek banalny w przebiegu klinicznym, zasługuje na uwagę ze względu na niezmierną rzadkość podłoża bakteriologicznego.

Dyskusja:

Dr Dworecki: W preparacie stwierdzono tylko detryt i czystą hodowlę Gram + prątków — vibrio septicus = bac. oedematis malignae. W piśmiennictwie znaleziono jedyny przypadek analogiczny, opisany w r. 1930.

Dr S. Rechniowski (Piotrków):

Przypadek pęknięcia tętnicy pośladkowej w przebiegu endocarditis lenta.

(Str. własne)

Dnia 22.IX 37 przybył na oddział chirurgiczny Szpitala św. Trójcy w Piotrkowie chory 20-letni. Poprzednio zawsze zdrów, w lipcu r. b. ociężałość i drętwienie w nogach, a potem bolesne przemijające obrzęki lewego i prawego stawu skokowego, połączone z dreszczami. Rozpoznano wtedy go-

ściec i wadę serca, leczono wstrzykiwaniami z dobrym wynikiem.

W sierpniu przy zeskakiwaniu z roweru poczuł nagle ból w pr. pośladku i całej kończynie; wkrótce ból uspokoił się, ale w ostatnich dniach nastąpiło znaczne nasilenie się bólu oraz obrzęk pośladka i górnej części uda prawego a także utrudnienie oddawania moczu i stolca. Bardzo silne bóle, nie dające choremu spać, nasunęły podejrzenie sprawy ropnej i z tym został skierowany do szpitala.

Chory bardzo blady, utyka na przykurczonej pr. kończynie dolnej; ułożony na stole przewraca się na lewy bok, gdyż tylko w tym położeniu czuje się względnie znośnie. Ciepłota 37°,8, tętno 96. Tony serca nieczyste, b. silne uderzenie koniuszkowe. Pośladek pr. obrzmiały, skóra niezmieniona. Ruchy bierne w pr. stawie biodrowym bolesne. Dotykanie do pośladka, a zwłaszcza do okolicy krętarza wielkiego, powoduje gwałtowną bolesność; obmacywanie wykazuje głębokie chełbotanie. Rentgenogram bez zmian. Badanie przez odbytnicę wykazuje ograniczony obrzęk części miękkich prawej połowy miednicy małej, uciskający na kiszkę prostą i dno pęcherza. W moczu 1°/₀₀ białka i 50 — 60 leukocytów w polu widzenia.

Z rozpoznaniem sprawy ropnej 23.IX w uśpieniu eterowym wykonano cięcie skórne dług. 12 cm od wierzchołka krętarza skośnie ku górze i tyłowi; idąc przez mięśnie na tępo otwarto jamę, wypełnioną niewielką ilością skrzepów, po wygarnięciu których nastąpiło żywe krwawienie krwią jasno-czerwoną. W obawie większego krwotoku wytamponowano ranę gazą i skórę zeszyto szczelnie.

Rozpoznanie ropnia pochodzenia kostnego nie znalazło potwierdzenia, wobec czego przypuszczano skazę krwotoczną — przebyte bolesne obrzęki stawów skokowych należałoby uważać za hemartrozę. Badanie krwi wykazało: czerwonych ciałek 2.200.000, leukocytów 5.000, hemoglobiny 32%, krzepliwość krwi 12,5 min., czas krwawienia 2,5 min.

24.IX — tętno 150, słabo napięte. Przetoczono 320 cm³ krwi. Zdjęto szwy skórne i usunięto tampon — buchnęła z głębi rany krew tętnicza. Krwotok opanowano tamponadą i zeszyciem rany. Rozpoznano *pęknięcie tętnicy pośladkowej.*

25.IX w uśpieniu eterowym, w ułożeniu Trendelenburga otwarto jamę brzuszną cięciem pośrodkowym od pępka w dół. Nacięto otrzewnę ścienną po stronie prawej na wysokości linii bezimiennej, odsłonięto i wypreparowano t. podbrzuszną pr., po czym podwiązano ją w odległości 1½ cm od rozwidlenia. Jamę brzuszną zamknięto szczelnie. Na pośladku zdjęto szwy i wyjęto tampon — krwotoku nie było, wylała się tylko obficie krew wynaczyniona uprzednio oraz wydzieliły się cuchnące gazy: mięśnie na dnie rany uległy zgorzeli na znacznej przestrzeni. Podano podskórnie litr płynu fizjologicznego wraz z 10 flakonami surowicy przeciwzgorzelinowej.

4.X — wycięto uległą zgorzeli skórę i część m. pośladkowego wielkiego.

8.X — rana brzuszna zagojona, rana na pośladku — blada, atoniczna; t. 112, ciepłota 37° — 39°. Serce powiększone w obydwu wymiarach, na wierzchołku głośny szmer skurczowy.

15.X przetoczono 400 cm³ krwi. Samopoczucie chorego lepsze. Rana pokryta bladą ziarniną, obficie ropieje. W tym stanie wypisany do domu z rokowaniem złym.

U osobnika młodego, dotkniętego zakaźnym schorzeniem krwi (dreszcze, stan gorączkowy, zapalenie stawów i wsierdzia) pękła przy wyrzuceniu nogi w tył tętnica pośladkowa — świadczy to o istnieniu głębokich zmian w ścianie naczynia, które musiały doprowadzić do powstania tętniaka. Obecność tętniaków w tętnicach średniego kalibru jest charakterystyczna dla *endocarditis lenta,* i z tym cierpieniem niewątpliwie mieliśmy tu do czynienia, pomimo że nie wykonano posiewu krwi.

Praca *Huarda* i *Montagne'a* (1931) podaje 71 ogłoszonych drukiem przypadków podwiązania t. pośladkowej z powodu uszkodzenia urazowego (zranienie kulą, nożem, odłamem kostnym) lub przeżarcia jej ściany przez otaczające ognisko ropne; ani w jednym przypadku nie wykazano tam endocarditis lenta, jako przyczyny pęknięcia tętnicy. Postępowanie w przypadkach uszkodzenia t. pośladkowej jest trudne i daje wysoką śmiertelność (*Farabeuf* — 43%, *Frischberg* — 32%, *Huard* i *Montagne* — 23%). W większości przypadków chirurdzy opanowywali krwotok in situ, przyciskając palcem krwawiące naczynie do brzegu incisura ischiadica, zakładając kleszczyki i podwiązując: zadanie trudne, wykonywane na ślepo i wobec tego często połączone z uszkodzeniem n. kulszowego. Tylko w kilku przypadkach zastosowano podwiązanie a. hypogastrica z dostępu poza- lub przezotrzewnowego. Ten ostatni zabieg jest względnie łatwy, wykonuje się go spokojnie, nie na oślep. W podobnych przypadkach zawsze należy go stosować.

Dyskusja:

Dr Lubelski usuwał tętniak t. pośladkowej po uprzednim podwiązaniu a. iliaca int. na drodze zewnątrzotrzewnowej. Podczas usuwania tętniaka miał b. duże krwawienie; wyleczenie.

Dr Wertheim uważa podwiązanie t. pośladkowej za b. trudne, nawet z wielkiego cięcia.

Dr D. Kohan:

Trzy przypadki zespolenia na drogach żółciowych.

(Str. własne)

Zespolenie na drogach żółciowych należy do zabiegów wykonywanych dość rzadko, przeważnie w przypadkach, w których inne, doszczętne postępowanie, natrafia na niepokonalne trudności, lub kiedy chodzi o zapobieganie nawrotom żółtaczki nawet po usunięciu przeszkody.

Przypadek 1. Chory l. 43 w stanie dużego wyniszczenia, z ciepłotą do 40° trwającą od 3 tygodni, o ziemisto - żółtym zabarwieniu powłok i gałek ocznych, z objawami żółtaczki mechanicznej całkowitej (barwiki żółciowe w moczu, stolce odbarwione), przeniesiony na oddział chirurgiczny z oddziału *dr Kobrynera.* Wątroba 4 palce poprz. poniżej łuku, bolesna. Leukocytoza 12.800, obojętnochłonnych 81%. Próba benzydynowa w kale kilkakrotnie wybitnie dodatnia. Operacja: w znieczuleniu miejscowym otwarto jamę brzuszną i wyłoniono olbrzymi, rozciągnięty worek żółciowy, o b. cienkich ścianach. Nakłuciem wydobyto treść jasną, mętną w ilości około 400 cm³; żadnych złogów w woreczku nie stwierdzono. Po opróżnieniu worka dotarto do rozszerzonego przewodu żółciowego wspólnego, w którym również nie wyczuwało się złogów; nakłuciem cienką igłą wydobyto z przewodu płyn taki sam, jak treść woreczka. W okolicy ujścia przewodu wspólnego do dwunastnicy wyczuwa się twór miękki, wielkości grochu.

Ciężki stan chorego nie pozwolił na otwarcie dwunastnicy celem usunięcia przeszkody — ograniczono się do zespolenia pęcherzykowo - dwunastniczego, uważając że jeśli przeszkodę stanowi nowotwór, to obecne postępowanie paliatywne będzie zarazem ostatecznym, jeśli zaś zabieg spowoduje poprawę stanu ogólnego — to trzeba będzie w przyszłości wkroczyć powtórnie celem usunięcia przyczyny niedrożności.

W przebiegu pooperacyjnym ciepłota spadła już dnia następnego, a żółtaczka stopniowo ustąpiła; po 2 tyg. stwierdzono barwiki żółciowe w kale.

Przypadek 2. Chory l. 57, który przed 2 laty przybył na oddział chirurgiczny z objawami żółtaczki mechanicznej, trwającej od 8 tyg., bez gorączki. Wątroba znacznie powiększona, bolesna. Barwiki żółciowe w moczu obecne, w kale nieobecne, bilirubina we krwi — do 40 jedn., diastaza w moczu 160 jedn. Podczas operacji stwierdzono wówczas, że przyczyną niedrożności było uciśnięcie przewodu żółciowego wspólnego przez znacznie powiększoną, stwardniałą główkę trzustki. Nie można było rozstrzygnąć, czy chodzi o nowotwór, czy pancreatitis interstitialis. Pęcherzyk duży, silnie napięty zawierał treść bezbarwną, mętną. Wobec niemożności usunięcia przeszkody wykonano zespolenie pęcherzykowo-żołądkowe. W przebiegu pooperacyjnym stopniowe ustępowanie żółtaczki i dolegliwości.

Obecnie chory przybył na oddział z powodu bólów w prawym podżebrzu i ciepłoty do 39°. Objawy te występowały kilkakrotnie w ciągu ostatniego ½ roku. Bolesność w nadbrzuszu, leukocytoza 14.400, diastaza wzmożona, objawów retencji żółci nie ma; próba benzydynowa w kale dodatnia.

W tym przypadku mamy odległy wynik zespolenia pęcherzykowo - żołądkowego. Żółtaczka i związane z nią wtórne powikłania zostały całkowicie opanowane, ale mamy do czynienia zapewne z ogniskiem zapalnym w trzustce, nie można jednak wyłączyć wtórnego zakażenia woreczka na skutek przedostawania się doń treści z żołądka.

W przypadku 3. chodzi o kobietę 46-letnią, skierowaną przed 3 mies. z odziału wewnętrznego w stanie żółtaczki mechanicznej na tle kamicy żółciowej trwającej od 6 lat.

Podczas zabiegu stwierdzono, że woreczek był skurczony, w zrostach z wątrobą i zawierał złogi; stwierdzono ponad to stwardnienie główki trzustki. Kontrola dróg żółciowych nie wykazała złogów, natomiast zwężenie ujścia przewodu wspólnego do dwunastnicy; ujście rozszerzono zgłębnikami, drenaż przewodu wątrobowego. Przebieg pooperacyjny powikłany okresową gorączką i biegunkami. Po 4 tyg. rana zagojona, w kale barwiki obecne, jednak bóle w nadbrzuszu utrzy-

mywały się, stając się coraz częstsze i silniejsze. Wobec jednoczesnego stanu podżółtaczkowego poddano chorą ponownej operacji, przypuszczając że w przewodzie wspólnym pozostał po pierwszej operacji niespostrzeżony kamień lub blizna przewężająca w miejscu nacięcia. Podczas zabiegu okazało się, że w okolicy dawnego łożyska woreczka znajduje się niewielki ropień żółciowy, stojący w łączności ze szczeliną w ścianie przewodu wspólnego. Drogi żółciowe nacieczone, w zrostach przepojonych płynem surowiczym; stwardnienie głowy trzustki większe niż podczas pierwszego zabiegu; drożność ujścia przewodu żółciowego wspólnego dostateczna. Uważając że okresowo nasilający się obrzęk zapalny trzustki stwarza i będzie stwarzał przemijającą przeszkodę w odpływie żółci (skutkiem czego zastoinowa żółć przedostała się przez miejsce nacięcia przewodu na zewnątrz, powodując powstanie ropnia), wykonano zespolenie przewodu wspólnego z dwunastnicą na drenie, wobec nacieczenia zapalnego wszystkich tkanek w okolicy. Przebieg pooperacyjny gładki.

Dyskusja:

Dr Witkowski uważa że przeprowadzenie drenu przez brodawkę Vatera (drein perdu) mogło zastąpić zabieg zespolenia na drenie, a byłoby o wiele prostsze i łatwiejsze.

Dr Lubelski: Przewód żółciowy wspólny należy zespalać z żołądkiem lub dwunastnicą, o ile przewód pęcherzykowy jest niedrożny. Podaje własny przypadek, gdzie przewód wspólny nie miał przejścia do dwunastnicy wskutek ucisku przez dużą głowę trzustki — zespolił przewód wspólny z żołądkiem, przebieg gładki.

Dr Goldstein nie zgadza się z *d-rem Witkowskim,* i uważa, że przeprowadzenie drenu przez brodawkę Vatera było niewskazane.

Dr Kohan: Delbet zakładał drein perdu celem zabezpieczenia się od odleżyn w przewodzie po usunięciu kamienia. Dren ten samoistnie odchodzi rzadko. W przypadku 3. założenie tego drenu było technicznie niewykonalne, a wskazań do cholecystektomii nie było — chodziło o zabieg jaknajlżejszy.

Dr Szper, Dworecki i Amsterdamski:

Pleuritis typhosa.

(Przedstawił *dr Ciężar).*

16-letni chory skarży się od 2 tyg. na kłucie w lew. boku, gorączkę, osłabienie. Nakłucie lew. opłucnej wykazało obecność płynu ropnego, w którym wykryto prątki Eberta. W wywiadach stwierdzono, że brat chorego przechodził dur przed 6 tygodniami. Vidal 1/100, po 10 dniach 1/200, posiew krwi jałowy. Wykonano kilka nakłuć opłucnej, a po każdym była remisja ciepłoty. Po 3. nakłuciu płynu w jamie opłucnowej nie było. Ostatnio od 2 dni chory znowu gorączkuje — prawdopodobnie nastąpiło wznowienie zbierania się ropy w jamie opłucnowej.

Dyskusja:

Dr Dworecki: Durowe zapalenie opłucnej jest rzadkie — może być pierwotne, jak zapewne w danym przypadku, lub wtórne, wskutek przejścia zakażenia z jamy brzusznej; wyjątkowo rzadko występuje ono jako późne powikłanie (po upływie lat). *Madelung* zebrał z piśmiennictwa 126 przyp. Płyn ropny jest zawsze barwy czekoladowej, krwotoczny. Rokowanie dobre, zazwyczaj samowyleczenie, rzadko dochodzi do torakotomii. Wskazane leczenie nakłuciami i szczepionką.

Dr Goldstein wspomina o przypadku ropnia podprzeponowego w 15 — 16 lat po przebyciu duru — była to czysta hodowla prątków Eberta.

Dr J. Rubinsztein:

Przypadek promienicy.

(Str. własne)

Chory l. 21 przybył do szpitala w sierpniu 1937 w 3. miesiącu choroby. Deskowato twardy naciek po lewej stronie szyi z ogniskami rozmiękczenia i licznymi przetokami ze specyficzną ropą był charakterystyczny dla promienicy, a badanie bakteriologiczne ropy potwierdziło rozpoznanie. Leczenie w okresie początkowym (3 tyg.) polegało na naświetlaniach rentgenowskich, obstrzykiwa-

niu nacieków płynem Dakina i podawaniu do wewnątrz jodku potasu. Po upływie 3 tygodni leczenie to nie dało wyniku pomyślnego, przeciwnie, choroba szerzyła się, pojawiły się nowe ogniska również po prawej stronie szyi. Zastosowano wtedy leczenie jontoforezą jonami miedzi — uporczywa choroba zaczęła wyraźnie ustępować; po 15 zabiegach chory został wypisany do leczenia ambulatoryjnego. Jontoforeza jonami miedzi nie stanowi jednak metody z wyboru (metody takiej w leczeniu promienicy dotychczas nie znamy) — są uporczywe przypadki promienicy, w których, mimo leczenia jontoforezą, nie udało się uratować chorego. Początkowo leczenie promienicy było wyłącznie krwawe — nacięcie ogniska i wyłyżeczkowanie, później łączono zabiegi chirurgiczne z leczeniem środkami chemicznymi: jod, sublimat, azoton srebra, wreszcie siarczan miedzi. W Polsce stosowanie siarczanu miedzi wprowadził *Barącz,* w Warszawie używano go w klinice *prof. Leśniowskiego; Tokarski* zastosował 6% siarczan miedzi w postaci jontoforezy, ulepszając technikę przez wprowadzanie elektrody przez skórę do samego ogniska chorobowego, omijając w ten sposób opór skóry. *Neuber* (Węgry) wprowadza w leczeniu promienicy swoistą szczepionkę oraz surowicę ozdrowieńców.

Dyskusja:

Dr Walc: Leczenie Dakinem daje dobre wyniki, ale należy stosować je cierpliwie i długo (conajmniej 6 tyg.), dopomagając promieniami Roentgena.

Dr Tokarski uważa, że Dakin działa dobrze w przypadkach powierzchownych; leczenie jontoforezą miedzi trwa około 6 tygodni.

Dr Rubinsztein sądzi, że wstrzykiwanie płynu do ogniska chorobowego działa mechanicznie, wytwarzając w tym miejscu ognisko martwicze.

Dr S. Lewinson:

Przypadek częściowego wycięcia nerki z powodu torbieli.

Chora 42-letnia zaczęła odczuwać przed 2 laty dolegliwości żołądkowe. Stwierdzono u niej powiększenie pr. nerki i skierowano do urologa. W prawej połowie jamy brzusznej guz wielkości dużej pięści, gładki, ruchomy, odprowadzalny do pr. podżebrza. Czynność pr. nerki prawidłowa urografia dożylna: miedniczka prawidłowa, ale dolny biegun nerki rozszerzony. Rozpoznano guz nerki i różniczkowano pomiędzy nowotworem, torbielą lub bąblowcem; najprawdopodobniejsze było rozpoznanie torbieli. Na zabieg chora nie zgodziła się. Przed 2 miesiącami zgłosiła się ponownie z dużymi dolegliwościami, prosząc o zabieg. Operacja w uśpieniu: w dolnym biegunie nerki guz przeświecający; po nacieciu otoczki torbiel wyłuszczono, zabierając nieco miąższu nerkowego. Znaczne krwawienie z powierzchni przekroju nerki opanowano tamponadą mięśniem. Przebieg pooperacyjny gładki, po 18 dniach wypisana. Po 6 tyg. czynność wydzielnicza nerki dobra. Torbiel zawierała płyn surowiczy, nie łączyła się z miedniczką.

Surowicze torbiele nerek należą do rzadkości, rozpoznanie ich jest trudne. Zasługuje na uwagę sposób tamowania krwawienia z miąższu nerki za pomocą mięśnia, podany przez *doc. Laskownickiego.*

Dyskusja:

Dr Fryszman podkreśla rzadkość pojedyńczych torbieli nerek i trudności rozpoznawcze. W przypadku własnym dokonał nefrektomii. Opanowanie krwawienia przedstawia dużą trudność.

Dr Endelman zapytuje, czy chora po zabiegu pozbyła się swych dolegliwości żołądkowych. Pyelogram pooperacyjny wykazuje załamanie moczowodu i rozszerzenie miedniczki.

Dr Lewinson odpowiada, że wszelkie dolegliwości ustąpiły całkowicie. Uzasadnia konieczność zabiegu, gdyż można było podejrzewać nadnerczaka; gdy stwierdzono naocznie obecność torbieli — usunięto ją, a do usunięcia nerki lub drenowania torbieli nie było wskazań.

Posiedzenie zakończył zorganizowany przez firmę *Remedia* pokaz filmu dźwiękowego (w wersji niemieckiej z dziedziny chirurgii szczękowej, przedstawiającego zabiegi operacyjne w prognacji, rozszczepieniu podniebienia, nowotworze szczęki (adamantinoma) i in., wykonywane przez profesorów klinik niemieckich.

H. Ciszkiewicz.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego w Szpitalu dla Dzieci (Kopernika 43) dnia 17 stycznia 1938 r.

Doc. J. Zaorski:
Torbiel trzustki.
(Str. własne)

Chory lat 40, przybył do szpitala 7.X 37 podając, że przed 6 dniami po błędzie dietetycznym odczuł nagle silne bóle w nadbrzuszu, szczególnie po stronie lewej, połączone z wymiotami; po 2 dniach wymioty ustały, ból trwa nadal. Podobne bóle miał już raz przed 3 miesiącami.

Odżywienie średnie, skóra blada, lekki stan podżółtaczkowy. Serce bez zmian, między łopatkami zaostrzenie szmerów oddechowych. Brzuch miernie wysklepiony, wątroba wystaje na 2 palce poniżej łuku żebrowego, śledziona prawidłowa, w żołądku przelewania. Opukiwanie łuków żebrowych powoduje większą tkliwość po stronie lewej. Przy obmacywaniu nadbrzusze tkliwe, w głębi wyczuwa się po stronie lewej guz, sięgający w lewo do linii sutkowej, w prawo przechodzący nieco poza kręgosłup; górna granica nie da się ściśle określić, ku dołowi guz sięga linii poprzecznej, przebiegającej 2 palce nad pępkiem. Zbitość guza elastyczna, powierzchnia gładka, na ucisk tkliwy.

W moczu chorego ślad białka, urobilinogen obecny, w osadzie 15 — 20 białych ciałek krwi. Badanie krwi: b. c. 9.000, hmglb 92%, cz. c. 4.680.000, wskaźnik 1,0, eozynof. 1%, postaci młodych 9%, wielojądrz. 71%, limf. 18%, monocyt. 1%. W treści żołądkowej: kw. og. 44, kwas solny 20, dużo śluzu. Powtórne badanie leukocytozy (15. X) wykazało wzrost ilości b. c. do 17.000; opadanie krwinek: po 1 g. — 65, po 2 g. — 100. Krzepliwość krwi 10 min. Diastaza w moczu — 256 j. w 1 cm^3.

Badanie rentgenowskie (13. X) wykazuje obecność dużego okrągłego tworu, uciskającego na żołądek od tyłu i nieco ku górze, poza tym guz odsuwa na prawo pętle jelit (rys. 1). Twór może wychodzić z lewej nerki (nadnerczak), z ogona trzustki, jak również z gruczołów krezkowych.

Na podstawie powyższych badań rozpoznaliśmy *torbiel wrzekomą trzustki.* 19. X wykonaliśmy zabieg operacyjny w uśpieniu eterowym. Po otwarciu jamy brzusznej cięciem wzdłuż zewnętrznego brzegu lewego m. prostego brzucha stwierdziliśmy, że elastyczny guz mieści się pomiędzy żołądkiem a poprzecznicą. Nakłuciem wydobyliśmy płyn barwy słomkowej bez woni. Uważając, że rozpoznanie wrzekomej torbieli trzustki jest właściwe, postanowiliśmy nie kusić się o wydobycie torbieli w całości (torbiel wrzekoma nie posiada otoczki). Przed otwarciem torbieli obszyliśmy jej ścianę otrzewną ścienną, po czym nacięliśmy torbiel na przestrzeni około 6 cm: ilość wyssanej treści wynosiła 250 cm^3. Wprowadziliśmy do wnętrza torbieli gruby dren gumowy dla umożliwienia dalszego wylewania się treści, a dokoła rurki zaszyliśmy szczelnie ranę skórną, zostawiając wzdłuż rurki 2 sączki gazowe. Koniec obwodowy rurki wprowadziliśmy do flaszki, w której zbierało się początkowo po 130—250 cm^3 płynu na dobę.



Rys. 1.

Ciepłota, która po zabiegu dochodziła do 39°, spadła po kilku dniach do 37,4°, a w przebiegu pooperacyjnym dwukrotnie wznosiła się do 39°: raz w związku z bólami w okolicy wątroby, drugi raz równocześnie z żółtaczką. Wstrzykiwano antistreptynę, glukozę z insuliną oraz fizjologiczny roztwór soli, podawano leki nasercowe. Badanie moczu na diastazę (11. XI): 128 j. w 1 cm^3. Leukocytoza krwi 8.500. Badanie anatomopatologiczne wycinka ściany torbieli: „wycinek jest zbudowany z włóknistej, niezbyt zbitej tkanki łącznej, zaopatrzonej w dość soczyste komórki; wyściółki nabłonkowej brak" *(dr. J. Laskowski).*

Kontrolne badanie rentgenowskie (3 i 7. XII) wykazało: żołądek znacznie zniekształcony (rys. 2), prawdopodobnie wskutek zrostów pooperacyjnych; nadczynność żołądka; między XII pr. żebrem a wyrostkiem poprzecznym L_1 okrągły pier-

ścieniowaty cień wielkości monety 2-groszowej — zróżniczkowaliśmy go jako cień kamienia żółciowego *(dr Kowalewski).*

Jak wiadomo torbiele trzustki rozwijają się często u ludzi obarczonych kamicą żółciową — zwykle są to jednak torbiele prawdziwe. Powstają one wewnątrz otoczki trzustkowej na tle rozszerzenia przewodów gruczołu, najczęściej wskutek ucisku na przewód główny.



Rys. 2.

U naszego chorego mieliśmy do czynienia z torbielą wrzekomą. Po usunięciu jej i zagojeniu powstały w miejscu łożyska mocniejsze zrosty, które uwidocznił rentgenogram. Obecnie chory czuje się dobrze, opuścił szpital i jest przygotowywany do nowego zabiegu z powodu kamicy żółciowej.

Dyskusja:

Dr Horodyński zapytuje o etiologię torbieli, czy nie było urazu. Omawia przypadek własny, w którym po kopnięciu przez konia w brzuch wystąpiły napady bólów z wymiotami, a w 2½ mies. po urazie — bóle o charakterze niedrożnościowym. Podczas zabiegu operacyjnego znaleziono poniżej żołądka guz wielkości mandarynki, o cienkiej ścianie, wypełniony płynem opalizującym. Torbiel otwarto i sączkowano. Bóle ustąpiły, rana zagoiła się po 6 tyg., ale wystąpił jeszcze nawrót w postaci zebrania się płynu, zupełne zagojenie nastąpiło po 2 miesiącach.

Dr Goldstein: Torbiele wrzekome mają zwykle tło urazowe — pochodzenie zapalne jest mało prawdopodobne; natomiast torbiele prawdziwe są zwykle wrodzone. Zabieg operacyjny polega na marsupializacji (wszycie do otrzewnej ściennej poniżej lub powyżej żołądka). Gojenie się własnych przypadków trwało zwykle kilka miesięcy. Ostatni przypadek, operowany przed 6 laty zgłosił się przed rokiem z powodu nawrotu — badanie treści torbieli wykazało sprawę nawotworową wychodzącą z torbieli; *G.* obserwował dwa takie przypadki.

Dr Wiśniewski: Z obserwowanych 2 przypadków wrzekomych torbieli trzustki w jednym (10-letnia dziewczynka) był w wywiadzie uraz, w drugim, u chłopca 5 — 6 l., etiologia była niejasna; torbiel o grubej ścianie rozwinęła się b. szybko (w ciągu około 3 mies.); zabieg polegał na marsupializacji.

Doc. Zaorski w odpowiedzi wyjaśnia, że klasycznym tłem torbieli wrzekomych jest zapalenie trzustki, zwykle wskutek zatruć pokarmowych, z wytworzeniem się ognisk martwiczych w trzustce. W przedstawionym przypadku urazu nie było, ale przed 3 mies. były zaburzenia żołądkowe (stan zapalny trzustki?). Kamicę żółciową w tym przypadku należy operować w drugim etapie.

Dr J. Kossakowski:

Dwa przypadki ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u niemowląt.

(Str. własne)

Operowane w ostatnich miesiącach dwa przypadki ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci w wieku niemowlęcym zasługują na omówienie ze względu na specjalny charakter oraz na rzadkość tego cierpienia w tym wieku.

Przypadek 1. dotyczy chłopca 8-miesięcznego przywiezionego do szpitala w końcu pierwszej doby choroby z rozpoznaniem ostrego zatrucia pokarmowego. Choroba zaczęła się nagle wymiotami, biegunką oraz znacznym niepokojem dziecka. Stan ogólny ciężki, ciepłota 38°,5, powłoki blade, rysy twarzy zaostrzone, tętno nitkowate, brzuch lekko wzdęty, miękki. Przy ucisku okolicy biodrowej prawej stwierdza się bólowe reagowanie dziecka, badanie przez odbytnicę ujemne. Z prawdopodobnym rozpoznaniem zapalenia wyr. rob. przystąpiono do zabiegu w uśpieniu eterowym. Stwierdzono przedziurawienie wyrostka oraz mętny płyn w ja-

mie otrzewnej (b. coli i paciorkowce). Po operacji stan stale pogarszał się i nazajutrz dziecko zmarło wśród objawów rozwijającego się zapalenia otrzewnej.

W przypadku 2. chłopiec 9-miesięczny przybył do szpitala w drugim dniu choroby (48 g.) z rozpoznaniem wgłobienia jelit. Klinicznie — objawy niedrożności, krwi w stolcu nie było. Podczas zabiegu stwierdzono przedziurawienie wyrostka i rozlane zapalenie otrzewnej. Niedrożność była pochodzenia porażennego. Nazajutrz po zabiegu dziecko zmarło.

Sprawa częstości występowania ostrego zapalenia wyr. rob. u niemowląt jest kwestią sporną, gdyż jedni uważają to cierpienie za rzadkie, inni zaś za rzadko rozpoznawane. Słuszniejszy jest pogląd o rzadkości cierpienia, za czym przemawia poza szeregiem innych przyczyn, wyłącznie mleczno-płynne pożywienie niemowląt. Statystyka *Curchmanna* na 1223 przypadki ostrego zapalenia wyr. rob. u dzieci przytacza tylko 9 u dzieci poniżej lat 5; w innych statystykach spotykamy liczby podobne.

Rozpoznanie w tym wieku jest bardzo trudne: wywiady przeważnie nie dają nic, skargi chorego są nieuchwytne. Pozostają jedynie objawy kliniczne: 1) biegunki, które nie są objawem charakterystycznym, ale u małych dzieci towarzyszą często ostremu zapaleniu wyrostka; 2) osłabienie ruchomości oddechowej brzucha po stronie prawej może mieć czasem wartość rozpoznawczą; 3) objaw zgięcia uda prawego przy ucisku pr. okolicy biodrowej jest ważnym objawem rozpoznawczym, o ile dziecko jest w stanie apatii (bezruchu) i o ile objaw ten występuje stale i tylko jednostronnie; 4) wymioty towarzyszące często temu cierpieniu od pierwszej chwili choroby; 5) ważnym objawem jest reakcja bólowa przy ucisku pr. okolicy biodrowej — objaw ten należy wywołać kilkakrotnie, przeprowadzając badanie delikatnie, wzmagając ucisk stopniowo; obrony mięśniowej w tym wieku wywołać niepodobna; 6) szybkie narastanie objawów otrzewnowych (wzdęcie, zaostrzenie rysów) może być pomocne w rozpoznaniu; 7) zupełna apatia po okresie początkowego niepokoju i ciężki stan ogólny jest objawem narastającego zatrucia.

Aczkolwiek rozpoznanie w tych razach nie należy do łatwych, a zwłaszcza okres początkowy cierpienia przechodzi niespostrzeżenie, to ze względu na możliwość wyleczenia operacyjnego w przypadkach wcześnie rozpoznanych, należy pamiętać o możliwości, i przy tym niezwykłej ciężkości tej sprawy chorobowej we wczesnym okresie dzieciństwa.

Dr W. Łążyńska:

Złamania nadkłykciowe ramienia u dzieci leczone zachowawczo.

(Str. własne)

Przedstawienie odległych wyników leczenia nadkłykciowych złamań kości ramiennej u dzieci, leczonych w oddziale chirurgicznym Warsz. Szpitala dla Dzieci. Przeprowadzono badanie sprawności czynnościowej stawu łokciowego u 10 chorych w okresie ½ — 5 lat po złamaniu; 8 poddano kontrolnemu badaniu rentgenowskiemu. Wszystkie te przypadki były leczone zachowawczo: w uśpieniu chloretylowym nastawienie złamania i unieruchomienie kończyny w zgięciu łokciowym. W wyniku przeprowadzonych badań kontrolnych okazało się, że w 9 przyp. zakres ruchów w stawie łokciowym jest zupełnie prawidłowy, w jednym istnieje pewne ograniczenie ruchów (65° — 160°) — jest to przypadek świeży (od sierpnia r. ub.).

Porównanie pierwotnych zdjęć rentgenowskich z wykonanymi ostatnio wykazuje, że w przypadkach, gdzie nastawienie przemieszczonych odłamów nie było anatomiczne, obecnie doszło do prawie całkowitego powrotu do stosunków prawidłowych drogą przebudowy kości. Z drugiej strony — pomimo pewnych odchyleń od normy w szczegółach anatomicznych składników kostnych stawu łokciowego, które ujawniły się na rentgenogramach 3 przypadków — ruchy w stawie łokciowym i sprawność czynnościowa kończyny nie uległa ograniczeniu. Pozwala to w przypadkach z dużym przemieszczeniem, którego nie udaje się znieść drogą nastawienia bezkrwawego, spodziewać się uzyskania z czasem lepszej ruchomości w stawie łokciowym, niż bezpośrednio po nastawieniu.

Dyskusja:

Dr Sokołowski: Każde złamanie nadkłykciowe można nastawić, ale utrzymanie nastawienia nie zawsze jest możliwe. *S.* odstąpił od leczenia operacyjnego, ale załatwia te złamania gwoździowaniem przezskórnym, co jest nawet łagodniejsze od unieruchomienia gipsowego w ustawieniu zgięcia. *Matti* zwrócił uwagę na typ złamania (linia złamania przebiega przez fovea olecrani), którego

absolutnie nie można utrzymać w dobrym nastawieniu sposobami zwykłymi; jest to typ rzadki (4 — 5%) — gwoździowanie jest tu również b. trudne, ale tylko ono daje dobry wynik.

Przypadki z pierwotnym porażeniem nerwu promieniowego stanowią zawsze wskazanie do zabiegu operacyjnego, gdyż wczesny zabieg daje najlepsze rokowanie co do powrotu sprawności kończyny. W jednym z przypadków operowanych po upływie 10 dni od złamania stwierdzono uwięźnięcie nerwu pomiędzy odłamami; z powodu zniszczenia nerwu w miejscu uwięźnięcia trzeba było wykonać wycięcie i zeszycie nerwu, co daje rokowanie niepewne i wymaga długotrwałego leczenia, a czego możnaby uniknąć wykonując pierwotny zabieg krwawy.

Dr Wiśniewski: Po zdjęciu opatrunku unieruchamiającego należy dziecku pozostawić swobodę ruchów i nie stosować masaży, gimnastyki itp. Ruchy wracają samoistnie, a masaże i bierna gimnastyka w okresie wczesnym podtrzymują sztywność stawu.

Doc. Zaorski: W leczeniu złamań nadkłykciowych u dzieci postępowanie nie koniecznie musi być krwawe, a gwoździowanie nie zawsze jest wykonalne. Leczenie zachowawcze polega na nastawieniu i unieruchomieniu w zgięciu za pomocą dobrze podwatowanego opatrunku ze zwykłej opaski — opatrunków gipsowych nie stosuje się, conajwyżej wzmacnia się opatrunek opaską krochmalną. Wczesnych masaży nie należy stosować; przy opornie idącym wyrabianiu ruchów czynnych można dopomóc zmieniając ustawienie kończyny co kilka dni za pomocą odpowiednich opatrunków lub każąc nosić woreczki z piaskiem.

Doc. Łapiński: Złamania nadkłykciowe dotyczą najczęściej małych dzieci, u których nie ma jeszcze jąder kostnienia — wobec tego uważa wbijanie gwoździka za niewłaściwe i zbędne. Unieruchamiać należy nie zawsze w ustawieniu największego zgięcia, ale, zależnie od przypadku, w pozycji najkorzystniejszej. Wyniki leczenia zachowawczego są z reguły dobre.

Dr Sokołowski: Wbicie drucika jest bez wpływu niekorzystnego. Dobre ruchy w stawie nie są dowodem pełnowartościowości stawu i dobrego wyniku leczenia. W przypadkach złamania wyniosłości główkowatej k. ramiennej z odwróceniem odłamu tylko krwawe nastawienie i gwoździowanie może przywrócić stosunki anatomiczne i dobrą sprawność ruchową, nawet w przypadkach zastarzałych. Złamania nadkłyciowe u dorosłych *S.* leczy metodą *Zeno* (wyciąg drutowy za wyrostek łokciowy), osiągając dobre wyniki.

Dr J. Raczyński:

Zgorzel powłok brzusznych w przebiegu cukrzycy.

(Str. własne)

Chora K. W. 56 lat, przybyła 12.X 37 do szpitala SS. Elżbietanek z powodu kamicy wątrobowej oraz oparzenia powłok brzucha po zastosowaniu worków gumowych z ciepłą wodą. Chora podaje, że od 22 lat leczy się z powodu kamicy żółciowej, od 2-ch lat ma cukrzycę; kilkakrotnie była w Morszynie, ostatni raz w roku 1937. Napad kamicy wątrobowej przerwał kurację i chora została przewieziona do Lwowa; pozostawała w lecznicy w ciągu 2 tygodni (7 — 21.VIII) gorączkując. Po tym czasie wypisano ją do domu, gdyż podejrzewano, jak podaje otoczenie chorej, sprawę nowotworową i nie chciano operować. W domu chora łagodziła bóle lekami i przykładaniem ciepłych worków na okolicę wątroby. W tym czasie powstała wrzodzianka na karku; przed trzema tygodniami chora oparzyła się ciepłym workiem, wskutek czego pojawiły się pęcherze na powłokach brzusznych.

Przedmiotowo: ogólny stan ciężki, chora leży na lewym boku, jęczy, każde poruszenie sprawia jej dotkliwy ból. Ciepłota 38°, tętno 100/min. Budowa ciała prawidłowa, skóra bladawo-żółta o nadmiernie obfitej tkance tłuszczowej, rozłożonej równomiernie na całym ciele. Śluzówki zaróżowione, język podsychający. Na karku po stronie prawej ubytek wielkości pestki wiśni o dnie szarobrunatnym. Z ubytku wydziela się płynna ropa.

Serce: granice powiększone w wymiarze poprzecznym, tony głuche, rytm wahadłowy. Płuca: oddech pęcherzykowy, w dole płuc rzężenia zastoinowe. Brzuch obwisły, duży. Gdy chora leży na wznak to brzuch zwisa na stronę lewą; zwisanie to jest spotęgowane przez ogromnych rozmiarów przepuklinę pępkową.

Skóra nad całą jamą brzuszną i przepukliną oparzona (1° i 2°), miejcami pęcherze, miejscami obnażony naskórek. Omacywaniem nie daje się dokładnie stwierdzić stosunków anatomicznych z powodu oparzenia i gwałtownego oddziaływania chorej na dotykanie brzucha. Wyczuwa się jednak powiększoną wątrobę wystającą na 3 palce z pod łu-

ku żebrowego; jest ona bardzo bolesna. Kończyny dolne nieznacznie obrzękłe (żylaki).

Badanie moczu: cukier 1%, aceton ++. Cukier we krwi — 270 mgr/%. Leukocytoza 11.000.

Przeprowadzono leczenie w dwóch kierunkach: chirurgicznym (oparzenie) i wewnętrznym — (cukrzyca). Na oparzenie zastosowano 4% roztwór kwasu garbnikowego, a po wytworzeniu się strupa przysypywano bijotolem i bolus alba. Na razie pozostawiono ranę pod lekkim opatrunkiem gazowym. Z czasem rana zaczęła coraz więcej wydzielać, okazało się, że oparzenie sięga daleko głębiej niż się z początku zdawało. Na brzegach strupa poczęły się robić pęknięcia drążące w tkankę tłuszczową, obficie sączące. Rozległość oparzenia i duże rozmiary brzucha utrudniały zakładanie opatrunków, dlatego też zrobiono worek z gazy, który obejmował zwisającą część brzucha i działał równocześnie podtrzymująco (końce gazy były wiązane przy pomocy tasiemek obejmując tułów chorej). 6. dnia pobytu chorej w szpitalu zauważono powolne, ale coraz głębsze oddzielanie się zmienionych zgorzelinowo powłok, początkowo po stronie lewej u góry, po tym z prawej u dołu. Z czasem stwierdzono iż cała grubość powłok uległa zgorzeli, szczególnie w miejscu przepukliny. 11. dnia zauważono po stronie lewej wystającą pętlę jelita cienkiego.

Jednocześnie cukier powoli zmniejszał się: w moczu 0,2% potem ślady, wreszcie brak; we krwi — 184 mgr/%.

13. dnia pobytu w szpitalu zauważono obnażone pętle jelit w dole brzucha i u góry po stronie prawej. 19. dnia w czasie zmiany opatrunku stwierdzono wypadające z pomiędzy pętli jelit po stronie prawej kamienie żółciowe: znaleziono 6 różnej wielkości kamieni. Od tego czasu obserwowano stałe wypadanie kamieni (razem 34 sztuki). Objawów ogólnego zapalenia otrzewnej brak, jakkolwiek zaznaczają się objawy miejscowego, ograniczonego zapalenia otrzewnej.

21. dnia z górnej rany sączy się żółtawa ciecz przypominającą żółć. 23. dnia chora chwilami zamroczona. Brzuch twardy, napięty. Objaw Blumberga dodatni. Widać obnażone jelita i wątrobę. 25. dnia krwotok z któregoś nadżartego naczynia jelitowego spowodował zgon.

Powyższą historię przedstawiamy ze względu: 1) na wyjątkowo wielkie i głębokie oparzenie powłok, powstałe z błahego powodu (ogrzewanie powłok workami gumowymi); 2) na bezsilność naszą wobec schorzenia, gdyż nawet gdyby nie nastąpił krwotok, to i tak nie bylibyśmy w stanie pokryć ubytku, który powstał po całkowitym oddzieleniu się obumarłych powłok jamy brzusznej; 3) na obecność wolnych kamieni żółciowych, które tłumaczymy sobie tym, iż podczas ostatniego ataku kolki żółciowej pęcherzyk żółciowy pękł i kamienie zostały otorbione zrostami zapalnymi. Z chwilą kiedy zgorzel objęła całą grubość powłok i kiedy powstało połączenie z wolną jamą brzuszną, a zapalenie otrzewnej zaczęło się uogólniać, kamienie żółciowe zostały wydalone.

Posiedzenie zakończył odczyt *d-ra A. Galewskiego: Dietetyka w chirurgii w zarysie ogólnym.*

H. Ciszkiewicz

KRONIKA

KOMUNIKAT IZBY LEKARSKIEJ ŁÓDZKIEJ

W związku z uchwałą, powziętą na uroczystym posiedzeniu Zarządu Izby Lekarskiej Łódzkiej dnia 14. V 1935 r. w sprawie konkursu na nagrodę im. Marsz. Józefa Piłsudskiego *za najlepszą pracę polską z dziedziny badań nad rakiem,* jaka ukaże się w przeciągu pierwszego trzechlecia od daty zgonu — Zarząd Izby Lekarskiej Łódzkiej komunikuje, że termin nadsyłania prac przedłużony został do dn. 31 grudnia 1938 roku.

Regulamin nagrody konkursowej

im. Marsz. J. Piłsudskiego.

1. Izba lekarska Łódzka uchwaliła ufundować nagrodę konkursową im. Marsz. Józefa Piłsudskiego.
2. Nagroda wynosi zł. 2.000.
3. Nagroda konkursowa im. Marsz. J. Piłsudskie-

go udzielona będzie w dniu 12 maja 1939 roku za najlepszą pracę oryginalną w dziedzinie badań nad rakiem, dotąd nigdzie niedrukowaną, napisaną w języku polskim i wykonaną w Polsce.

4. Prace konkursowe nadsyłać należy na ręce Prezesa Izby Lekarskiej Łódzkiej, Łódź, ul. Gen. Pierackiego 9, do dn. 31. XII 1938 r.
5. Prace konkursowe, oznaczone godłem obranym przez autora, powinny być nadesłane w dwuch egzemplarzach. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę, na zewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i adres autora.
6. Skład Sądu konkursowego: (patrz Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich Nr. 2/36).
7. Sądowi konkursowemu przysługuje prawo przyznania nagrody w całości, podziału sumy na dwie nagrody, ewentualnie ogłoszenia ponownego konkursu.

KURS DOKSZTAŁCAJĄCY DLA LEKARZY Z DZIEDZINY NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH

W Instytucie Radowym im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie odbędzie się w dniach 7—19. II 1938 Kurs z dziedziny nowotworów złośliwych, urządzony przez Instytut Radowy przy współudziale wydziału lekarskiego U. J. P. z zapomogą Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego.

Kurs będzie obejmował wykłady oraz zajęcia praktyczne. Wykłady będą się odbywać w godzinach wieczorowych, zajęcia praktyczne — przedpołudniowych.

P r o g r a m w y k ł a d ó w:

1. Przyczyny powstawania nowotworów złośliwych — *prof. K. Pelczar.*
2. Obecny stan badań doświadczalnych nad n. z. — *dr Z. Zakrzewski.*
3. Serodiagnostyka w n. z. — *prof. L. Hirszfeld.*
4. Społeczna walka z rakiem — *dr B. Wajnert.*
5. Zarys histopatologii n. z. — *dr. J. Laskowski.*
6. Rentgenodiagnostyka w n. z. — *doc. W. Zawadowski.*
7. Podstawowe objawy kliniczne w n.z. i najczęstsze błędy, popełniane w ich rozpoznawaniu — *dr. F. Łukaszczyk.*
8. Zasady leczenia chirurgicznego — *doc. J. Rutkowski.*
9. Zasady leczenia energią promienistą — *dr F. Łukaszczyk.*
10. N. z. skóry i otworów zewnętrznych dróg naturalnych — *dr J. Laskowski.*
11. T. zw. przedrakowe stany skóry — *prof. M. Grzybowski.*
12. N. z. narządu wzrokowego — *prof. J. Lauber.*
14. N. z. nosa, gardła, krtani i uszu — *doc. D. Zuberbier.*
15. N. z. szczęk i ślinianek — *doc. J. Rutkowski.*
16. N. z. szyi — *doc. J.Rutkowski.*
17. N. z. płuc i śródpiersia — *prof. Z. Gorecki.*
18. N. z. sutka; stany przedrakowe sutka — *prof. Z. Radliński.*
19. N. z. przewodu pokarmowego — *doc. J. Rutkowski.*
20. N. z. macicy i pochwy — *doc. H. Beck.*
21. N. z. przydatków — *prof. T. Wilczyński.*
22. Zaśniady i nabłoniak kosmkowy złośliwy — *doc. T. Zawodziński.*
23. N. z. narządu moczowego i gruczołów płciowych — *dr S. Czubalski.*
24. N. z. kości i kończyn: a) rentgenodiagnostyka — *doc. A. Elektorowicz.* b) klinika — *prof. A. Wojciechowski.*
25. N. z. układu krwiotwórczego — *dr Z. Galinowski.*
26. Czynniki wpływające na wybór metody leczenia w n. z. — *dr F. Łukaszczyk.*
27. Leczenie ogólne w n. z. — *dr F. Łukaszczyk.*
28. Postępowanie w przypadkach nieuleczalnych — *prof. A. Wojciechowski.*

Z a j ę c i a p r a k t y c z n e:

przyjęcie chorych w Przychodni Instytutu Radowego, badanie, rozpoznawanie, stawianie wskazań leczniczych, pobieranie wycinków próbnych, odczytywanie klisz, zapoznawanie się z metodami leczniczymi itd.

Opłata za kurs — 30 zł. Zgłoszenia przyjmuje Sekretariat Kursu: *dr S. Noblinówna* — Warszawa 22, Instytut Radowy, Wawelska 15, tel. 9-37-38.

O m y ł k a d r u k u: W pracy *d-ra J. Falkowskiego* w N-rze II/11. str. 570 (szpalta II, wiersz 13 od góry) zamiast „tachyfiksja" winno być: „*tachyfilaksja*".

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w czwartym kwartale 1937 r.

Zestawił Dr H. Ciszkiewicz (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Biologia Lekarska	(Biol. L.) Nr. 8—10.
Chirurg Polski	(Ch. P.) Nr. 10—12.
Czasopismo Sądowo-Lekarskie	(Cz. S. L.) Nr. 3—4.
Doraźna Pomoc Lekarska	(D. P. L.) Nr. 8—11.
Dwumiesięcznik Stomatologiczny	(D. Stom.) Nr. 5.
Gastrologia Polska	(Gastr. P.) Nr. 3.
Gazeta Lekarska Śląska Polskiego	(G. L. Śl.) Nr. 4.
Ginekologia Polska	(Gin. P.) t. XVI Nr. 7—10.
Gruźlica	(Gruźl.) Nr. 5—6.
Klinika Oczna	(Kl. Ocz.) Nr. 4.
Lekarz Kolejowy	(L. Kol.) Nr. 3—4.
Lekarz Polski	(L. P.) Nr. 10—12.
Lekarz Wojskowy	(L. W.) t. XXX Nr. 6—12.
Medycyna	(Med.) Nr. 19—24.
Medycyna i Przyroda	(Med. Prz.) Nr. 1—3.
Medycyna Praktyczna	(Med. pr.) Nr. 17—24.
Nowiny Lekarskie	(Now. Lek.) Nr. 19—24.
Nowotwory	(Nowotw.) Nr. 1—4.
Pediatria Polska	(Ped. Pol.) Nr. 5—6.
Polska Gazeta Lekarska	(P. G. L.) Nr. 40—52.
Polska Stomatologia i Przegląd Dentystyczny	(Pol. Stom.) Nr. 9—12.
Polski Przegląd Chirurgiczny	(P. P. Ch.) t. XVI Nr. 5—6.
Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej	(P. Ar. Med. Wew.) t. XV Nr. 4.
Prasa Lekarska (Monografie dla lek. prakt.)	(Monogr.) Nr. 46—48.
Therapia Nova	(T. N.) Nr. 9—12.
Warszawskie Czasopismo Lekarskie	(W. Cz. L.) Nr. 37—48.
Wiedza Lekarska	(W. L.) Nr. 10—12.

CHIRURGIA OGÓLNA.

317. **Wojciechowski A.** Istota i tory rozwojowe chirurgii. Med. Nr. 23, s. 819—823.

318. **Kossakowski J.** Wrażenia z oddziałów chirurgicznych niektórych szpitali dla dzieci zagranicą. Ch. P. Nr. 12, s. 607—615.

A. Zakażenia, zapalenia.

319. **Weiner J.** Przypadek posocznicy wywołanej prawdopodobnie przez szczep zaerobizowany bac. perfringens. L. W. Nr. 10, s. 623—627.

320. **Rogalski M.** Przyczynek do rentgenoterapii promienicy. L. Kol. Nr. 3, s. 215—217.

B. Nowotwory.

321. **Niewiadomski F.** W sprawie wczesnego rozpoznawania raka. Nowotw. Nr. 1—2, s. 181—185.

322. **Gasiński J.** Alkaloza krwi w nowotworach złośliwych. P. P. Ch. Nr. 5, s. 1007—1025.

323. **Płońskier M. i Cyterman-Konowa R.** W sprawie metodyki odczynu Freund-Kaminer. Nowotw. Nr. 1—2, s. 283—284.

324. **Kowarzykowa Z.** O śródskórnej reakcji Freunda. Nowotw. Nr. 1—2, s. 304—306.
325. **Szabunia J.** Badania nad szybkością koagulacji cieplnej surowic w przypadkach nowotworów złośliwych. Nowotw. Nr. 1—2, s. 306—309.
326. **Zakrzewski Z.** O odporności przeciw złośliwym nowotworom. Nowotw. Nr. 1—2, s. 279—282.
327. **Jurasz A.** O leczeniu nowotworów złośliwych. Nowotw. Nr. 1—2, s. 146—153.
328. **Łukaszczyk F.** O obecnym leczeniu nowotworów złośliwych. Med. Prz. Nr. 3, s. 15—18.
329. **Kurzrok M.** W walce z rakiem. Med. Prz. Nr. 2, s. 25—27.
330. **Floksztrumpf M. i Kołodziejski J.** Współczesna chemo- i organoterapia raka w świetle własnych spostrzeżeń. Nowotw. Nr. 1—2, s. 213—227.
331. **Makower H.** O leczeniu dietetycznym chorych na raka. Nowotw. Nr. 1—2, s. 229—237.
332. **Thursz D.** Dożylna alkoholoterapia w raku, a układ siateczkowo - śródbłonkowy. Nowotw. Nr. 1—2, s. 238—242.
333. **Bylina S.** O organizacji kliniki i ośrodka nowotworów. Nowotw. Nr. 1—2, s. 40—54.
334. **Osuchowski M.** Statystyka chorych na raka i inne nowotwory złośliwe z obszaru całej Rzeczypospolitej Polskiej za rok 1934. Nowotw. Nr. 1—2, s. 29—36.
335. **Laskowski J.** O szczególnych postaciach raka płaskonabłonkowego. Nowotw. Nr. 3—4, s. 17—26.
336. **Malczyński S. i Drucker H.** O nadnerczakach. P. P. Ch. Nr. 6, s. 1123—1140.
337. **Hrynkiewicz S.** Przypadek struniaka z omówieniem dotyczącego piśmiennictwa. P. G. L. Nr. 44, s. 849—853.
338. **Główiński C.** Nowotwory. Piśmiennictwo polskie za rok 1936. Nowotw. Nr. 3—4, s. 72—99.

Ponadto o nowotworach patrz N-ry: 339, 349, 365, 369, 370, 372, 373, 382, 395.

C. K o ś c i, s t a w y, m i ę ś n i e.

339. **Raszeja F.** Przyczynki do rozpoznania różniczkowego guzów kości. Nowotw. Nr. 1—2, s. 153—175.
340. **Lewenfisz M.** Przypadek choroby Recklinghausena (Osteodystrophia fibrosa generalisata Recklinghauseni). Med. Prz. Nr. 3, s. 18—21.
341. **Halpern F.** Wapniejące zapalenie kaletki maziowej. P. G. L. Nr. 49, s. 941—942.
342. **Gorzkowski E.** O wrodzonych brakach mięśni piersiowych. L. W. Nr. 6, s. 352—369.

D. K r e w, n a c z y n i a k r w i o n o ś n e i c h ł o n n e.

343. **Wolf J.** O przetaczaniu krwi. P. G. L. Nr. 44 (Prakt. Lek. ark. 10, s. 137—152).
344. **Wolfram K. i Pollak K.** Zakrzepy i zatory jako powikłanie pooperacyjne. W. Cz. L. Nr. 41, s. 769—773.
345. **Szymanowicz J. i Woliczko K.** Badania doświadczalno - kliniczne nad zapobieganiem zakrzepom u operowanych i położnic. Gin. P. Nr. 9—10, s. 834—839.
346. **Hilarowicz H., Bross W. i Kubikowski P.** Badania doświadczalne nad wartością zabiegów operacyjnych na nerwach trzewnych w leczeniu nadciśnienia samoistnego. P. P. Ch. Nr. 5, s. 939—957.

E. Z n i e c z u l e n i e, u ś p i e n i e, z a b i e g i.

347. **Czyżewski K.** Walka z bólem w ostatnich latach. Med. Prz. Nr. 3, s. 11—13.
348. **Teppa S.** Z badań nad lekami przeciwbólowymi i przeciwreumatycznymi. Med. pr Nr. 20, s. 427—431.
349. **Zakrzewski Z.** Wpływ narkozy na wzrost nowotworów oraz na oporność i odporność przeciw nim. Nowotw. Nr. 3—4, s. 3—16
350. **Falkowski J.** Spostrzeżenia kliniczne o przebiegu uśpienia, wywołanego dożylnym wstrzykiwaniem wodnego roztworu sennarcol-natrium. Ch. P. Nr. 11, s. 568—583.
351. **Mossakowski J.** Przyczynek do badań poziomu cukru we krwi po znieczuleniu awertyną. P. P. Ch. Nr. 5, s. 958—977.
352. **Heryng J.** Tężyczka dziecięca i tężyczka pooperacyjna. T. N. Nr. 12, s. 508—530.

F. W y j a ł a w i a n i e, n a r z ę d z i a, o p a t r u n k i, l e k i.

353. **Kucharski T.** Studia nad mechanizmem działania leczniczego związków paraaminobenzenosulfamidowych. Now. Lek. Nr. 21, s. 649—652.

354. **Bądzyński S.** Związki sulfamidowe w walce z paciorkowcami. Med. Prz. Nr. 2, s. 8—13.

355. **Hołobut W. S.** Z zagadnień lecznictwa tranem. Med. Prz. Nr. 3, s. 27—29.

G. C h i r u r g i a u r a z o w a.

356. **Dega W.** Wskazania do leczenia ortopedycznego pourazowych okaleczeń narządów ruchu u ubezpieczonych od wypadków. Now. Lek. Nr. 23, s. 713—719.

357. **Wirszubski A.** O przejawach psychopatologicznych po amputacji. Med. Nr. 20, s. 709—710.

358. **Ostrouch M.** O białaczkach pourazowych. P. Ar. Med. Wew. Nr. 4, s. 1134—1141.

359. **Obarski F.** Rażenie prądem elektrycznym. L. Kol. Nr. 3, s. 195—214.

Patrz także N-ry: 362, 363, 397—400, 402.

H. C h i r u r g i a w o j e n n a i s p o r t u.

360. **Rużyczner A.** Rola ćwiczeń cielesnych w klinice. Ch. P. Nr. 11, s. 584—587.

I. R a d i o l o g i a, f i z j o t e r a p i a.

361. **Konarska I.** Leczenie falami krótkimi w świetle piśmiennictwa i spostrzeżeń własnych. Med. Nr. 19, s. 677—685.

Patrz ponadto N-ry: 320, 365.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

A. G ł o w a.

362. **Kossakowski J.** Spostrzeżenia z dziedziny obrażeń głowy u dzieci. Ch. P. Nr. 11, s. 544—558.

363. **Kranz S.** O wartości leczniczej rozczynów hipertonicznych w przypadkach wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego po urazach czaszki. W. Cz. L. Nr. 44, s. 837—840 i Nr. 45, s. 855—858.

364. **Lauterstein M.** Plastyka powiek, oraz plastyka oczodołu wolnym płatem. Kl. Ocz. Nr. 5, s. 584—586.

365. **Alkiewicz T.** Pokaz wyników leczenia radem raka skóry, wargi i jamy ustnej. Nowotw. Nr. 1—2, s. 198—201.

366. **Schatzker K.** Badania wstępne nad ograniczeniem ślinotoku w czasie zabiegów stomatologicznych. D. Stom. Nr. 5, s. 396—401.

B. S z y j a.

367. **Bogner J.** Zmiany limfatycznych gruczołów szyjnych w gruźlicy ustroju, w szczególności migdałków, i w innych schorzeniach, a ziarnica złośliwa. P. G. L. Nr. 40, s. 764—767 i Nr. 41, s. 787—789.

C. K l a t k a p i e r s i o w a.

368. **Hoben S.** Gruźlica sutka. P. G. L. Nr. 40, s. 767—769, Nr. 41, s. 790—792 i Nr. 42, s. 807—810.

369. **Łukaszczyk F.** Rak sutka. Med. Nr. 742—759.

370. **Michejda K.** Rak piersi. Nowotw. Nr. 1—2, s. 131—145.

371. **Gorecki Z.** Powstawanie, rozpoznawanie i leczenie rozszerzeń oskrzeli. W. L. Nr. 11, s. 333—352.

372. **Burakiewiczówna i From M.** Z kazuistyki raka oskrzelowego. Med. Nr. 20, s. 710—712.

373. **Penecke R.** Występowanie raka oskrzeli na Śląsku Cieszyńskim. Nowotw. Nr. 1—2, s. 84—91.

374. **Bross W. i Lucken B.** Zmiany w krążeniu i objętości oddechowej pod wpływem zabiegów operacyjnych na płucach oraz ich rola w powstawaniu zjawisk wstrząsowych. P. P. Ch. Nr. 5, s. 978—990.

375. **Łapiński Z.** Leczenie ropni płuc. P. P. Ch. Nr. 5, s. 1046—1066.

D. Jama brzuszna.

376. **Peter J.** Leczenie ubytku ściany brzucha wszczepieniem uszypułowanego odcinka sieci. Ch. P. Nr. 12, s. 601—607.

377. **Łonżyński H.** Leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy. T. N. Nr. 9, s. 365—378.

378. **Landau A. i Hejman W.** O skutecznym stosowaniu we wrzodzie okrągłym żołądka i dwunastnicy zastrzykiwań dożylnych bromku sodu i siarczanu atropiny. P. G. L. Nr. 51, s. 985—988.

379. **Róbin W.** 15 lat stosowania wlewań oliwy do dwunastnicy w schorzeniach żółciowych. W. Cz. L. Nr. 47, s. 889—890.

380. **Leśniowski A.** Guz zapalny trzustki. Gastr. P. Nr. 3, s. 1—4.

381. **Achmatowicz L.** Przypadek torbieli trzustki wyleczony za pomocą zespolenia torbieli z pęcherzykiem żółciowym bez podwiązania przewodu pęcherzykowego. Ch. P. Nr. 10, s. 509—511.

382. **Hofbauer T. F.** Przypadek mięsaka jelita cienkiego. Ch. P. Nr. 10, s. 506—509.

383. **Glass J.** O rozpoznawaniu zapalenia wyrostka robaczkowego. Monogr. Nr. 47, s. 1—48.

(288). **Łeszczijówna M.** Rak kiszki grubej (c. d.). Med. Pr. Nr. 17, s. 350—360, Nr. 18, s. 369—382 i Nr. 19, s. 393—410.

384. **Grynberg Z. i Brand J.** Przypadek przepukliny otworu przełykowego przepony (Hernia hiatus oesophagei). W. Cz. L. Nr. 47, s. 890—892.

385. **Łobacz S.** Przepukliny smugi białej, imitujące chorobę wrzodową żołądka. Med. Pr. Nr. 20, s. 421—426.

E. Narządy moczowo-płciowe.

386. **Lachs R.** O wartości próby Rehna w diagnostyce czynnościowej nerek. P. P. Ch. Nr. 6, s. 1106—1122.

387. **Beaupré J. i Jasieński J.** O schorzeniach nerek i zabiegach na nerkach w przypadkach garbu i w skrzywieniach bocznych kręgosłupa. P. P. Ch. Nr. 5, s. 991—1006.

388. **Jasieński J.** O ropniach okołonerkowych. P. G. L. Nr. 48 (Prakt. Lek. ark. 11, s. 160-168).

389. **Beaupré J.** Przypadek autonefrektomii nerki gruźliczej. P. P. Ch. Nr. 6, s. 1141—1150.

390. **Laufer F.** Choroba Adissona w przebiegu gruźlicy nerki. P. G. L. Nr. 50, s. 963—965.

391. **Fluderski L.** O stosowaniu kamforanu sześciometylenczteroaminy w zapaleniu miedniczek nerkowych. Med. Nr. 19, s. 675—677.

392. **Laufer F.** O kamicy przy wadach rozwojowych nerek i moczowodów. Ch. P. Nr. 10, s. 497—506.

393. **Łobacz S.** Leczenie kamicy nerkowej neopancarpiną. Med. Pr. Nr. 24, s. 505—508

394. **Graber A.** Przyczynek do leczenia chirurgicznego kamicy moczowodu. P. P. Ch. Nr. 5, s. 1026—1045.

395. **Ściesiński K.** O nowotworze złośliwym jądra zwanym seminoma. Nowotw. Nr. 1—2, s. 97—106.

F. Kręgosłup, miednica.

396. **Maciejewski A.** O leczeniu bocznego skrzywienia kręgosłupa. P. P. Ch. Nr. 6, s. 1155—1174.

Patrz także Nr. 387.

G. Kończyny górne.

397. **Gruca A.** Szyna do leczenia złamań obojczyka. Ch. P. Nr. 10, s. 521—522.

H. Kończyny dolne.

398. **Sokołowski T.** W sprawie zapobiegania i leczenia sztywności stawu kolanowego po złamaniu rzepki. Ch. P. Nr. 11, s. 559—568.

399. **Szulc J.** Seria przypadków złamania trzonu kości udowej, leczonych wyciągiem drutowym na improwizowanej pionowej szynie uda. Ch. P. Nr. 10, s. 511—520.

400. **Wagner T.** Dwa przypadki źle leczonego złamania kości udowej. Ch. U. Nr. 12, s. 620—623.

401. **Majewski J.** Próba Delbet-Mocquot i próba Perthesa w żylakach kończyn dolnych. P. P. Ch. Nr. 6, s. 1151—1154.

402. **Ciszkiewicz H.** Leczenie złamań kości piętowej sposobem Westhuesa. Ch. P. Nr. 12, s. 618—620.

Regulamin ogłaszania prac:

1. *Prace, nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*

2. *Do prac należy dołączyć streszczenia, w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim, lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*

3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów, cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*

4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł, półrocznie 6 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:

Cała str. przed tekstem 110 zł, za tekstem 100 zł; ½ str. przed tekstem 55 zł, za tekstem 50 zł; ¼ przed tekstem 32 zł, za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł, ogłoszenia stałe o 10% taniej.